

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1910

THÈSE

N°

319

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

I. MATEIAS

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX

Né à Bucarest (Roumanie), le 19 Février 1883.

Travail du Service de M. le Professeur agrégé E. JEANSELME

DE LA

SYPHILIDE PIGMENTAIRE

Président : M. DEBOVE, Professeur.

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

—
1910

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1910

THÈSE

N° 319

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

I. MATEIAS

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX

Né à Bucarest (Roumanie), le 19 Février 1883.

Travail du Service de M. le Professeur agrégé E. JEANSELME

DE LA

SYPHILIDE PIGMENTAIRE

Président : M. DEBOVE, Professeur.



PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1910

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M.	LANDOUZY.
Professeurs	MM.	
Anatomie.....		NICOLAS.
Physiologie.....		Ch. RICHET.
Physique médicale.....		GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale.....		GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....		ACHARD.
Pathologie médicale.....	}	DEJERINE.
		WIDAL.
Pathologie chirurgicale.....		LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....		MARIE (Pierre).
Histologie.....		PRENANT.
Opérations et appareils.....		HARTMANN.
Pharmacologie et Matière médicale.....		POUCHET.
Thérapeutique.....		GILBERT.
Hygiène.....		CHANTEMESSE
Médecine légale.....		THOINOT.
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie.....		CHAUFFARD
Pathologie comparée et expérimentale.....		ROGER.
		HAYEM.
Clinique médicale.....	}	DIEULAFOY.
		DEBOVE.
		LANDOUZY.
Clinique des maladies des enfants.....		HUTINEL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		GAUCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale..		BALLET (Gilbert).
Clinique des maladies nerveuses.....		RAYMOND.
		QUENU.
Clinique chirurgicale.....	}	RECLUS.
		SEGOND.
		DELBET (Pierre).
Clinique ophtalmologique.....		DE LAPERSONNE.
Clinique des voies urinaires.....		ALBARRAN.
		PINARD.
Clinique d'accouchements.....	}	BAR.
		RIBEMONT-DESSAIGNES.
Clinique gynécologique.....		POZZI.
Clinique chirurgicale infantile.....		KIRMISSON.
Clinique thérapeutique.....		ROBIN.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
AUVRAY.	CUNEO.	LAUNOIS.	NOBECOURT.
BALTHAZARD	DEMLIN.	LECENE.	OMBREDANNE.
BEZANÇON.	DESGREZ.	LEGRY.	POTOCKI.
BRANCA.	DUVAL.	LENORMANT.	PROUST.
BRINDEAU.	GOSSET.	LOEPER.	RENON.
BROCA (André).	GOUGET.	MACAIGNE.	RICHAUD.
BRUMPT.	JEANNIN.	MAILLARD.	RIEFFEL.
CARNOT.	JEANSELME.	MARION.	SICARD.
CASTAIGNE.	JOUSSET.	MORESTIN.	ZIMMERN.
CLAUDE.	LABBE (Marcel).	MULON.	
COUVELAIRE.	LANGLOIS.	NICLOUX.	

Le Secrétaire de la Faculté : DESTOUCHES.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ou improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

A MON MAITRE

M. le Docteur É. JEANSELME

Professeur agrégé à la Faculté

Médecin de l'hôpital Broca.

Je n'ai eu qu'à puiser dans la sûre érudition que vous avez mis, avec tant de sollicitude, à mon entière disposition, pour faire ce travail dont je vous prie d'agréer la respectueuse et reconnaissante dédicace.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur DEBOVE

Doyen honoraire de la Faculté de médecine

Professeur de Clinique médicale

Membre de l'Académie de médecine

Médecin de l'hôpital Beaujon

Commandeur de la Légion d'honneur.

A M. le DOCTEUR QUEYRAT

Médecin de l'hôpital Ricord.

A M. le DOCTEUR L.-J. FOURNIER

Médecin de l'hôpital Ricord.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

M. le D ^r P. BAZY, chirurgien de l'hôpital Beaujon,	}	1903-1904.
M. le D ^r BARIÉ, médecin de l'hôpital Laënnec,		
M. le Prof ^r WIDAL, médecin de l'hôpital Cochin,	}	1904-1905.
M. le D ^r MOSNY, médecin de l'hôpital St-Antoine,		
M. le D ^r PEYROT, agrégé,		
M. le D ^r SOULIGOUX,		
} chirurg. de l'hôp. Laribois.		
M. le D ^r DARIER, médecin de l'hôpital Saint-Louis,		1905-1906.
M. le D ^r BLÜM, agrégé,	}	1906-1907.
M. le D ^r BAUDET,		
M. le D ^r RICARD, agrégé,		
M. le D ^r ENRIQUEZ,	}	1907-1908.
M. le D ^r SICARD, agrégé,		
} medec ^s de l'Hôtel-Dieu,		
M. le D ^r JEANSELME, agrégé, méd. de l'hôp. Broca	}	1908-1909.
		1909-1910.

A MES AMIS, les Docteurs Am. BAUMGARTNER, Henri BOURGEOIS, CHEVALIER, CHAPERON, CIVATTE, LORTAT-JACOB, Camille LIAN, LEBRETON, Pierre et Emile MERLE, PALAZZOLI, ROUDINESCO, TOURAINE et TRÈVES.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

C'est Hardy, en 1854, qui le premier a attiré l'attention sur une manifestation cutanée ayant une certaine ressemblance avec ce que nous décrivons aujourd'hui sous le nom de syphilide pigmentaire vraie. Mais on est loin de pouvoir désigner le véritable syphiligraphe ayant un droit absolu de priorité quant à sa découverte. Pillon (1855), élève de Cullerier, a montré l'importance capitale qu'il y avait à connaître cette curieuse syphilide et qu'il nomma : syphilide pigmentaire.

Beaucoup d'auteurs attribuent la paternité de la syphilide pigmentaire à Monneret (1846) ou à Gosselin (1852), qui en ont parlé vaguement (116).

Quant à nous, il nous est impossible de croire qu'une lésion si importante, si frappante et si tenace, ait échappé à la perspicacité des syphiligraphes antérieurs à Hardy et à Pillon. Malgré les affirmations de ces derniers auteurs, qui la croyaient méconnue avant eux, il ne nous paraît pas possible d'admettre que leurs devanciers l'ignoraient complètement. Un passage, dû à Cullerier et extrait de son *Compendium de médecine et chirurgie pratique*, reflète avec justesse notre pensée et

suffit à excuser notre méfiance. Voici en effet ce qu'il dit : « Les *nuances plus ou moins foncées* que peuvent laisser la roséole après elle, ne suffisent pas pour multiplier les variétés. » Cullerier connaissait par conséquent la roséole syphilitique dans toutes ses transformations. Sa nuance foncée n'est-elle pas autre chose que la dyschromie connue aujourd'hui sous le nom de syphilide pigmentaire ? S'il ne lui donne pas l'importance, que, depuis Pillon, nous voulons lui accorder, au moins Cullerier résume-t-il, dans cette courte phrase, l'état d'esprit de toute une époque. En simplificateur, il était peu enclin à encombrer la science d'une unité nouvelle.

Toujours en 1855, paraît la lettre de Diday sur la teinte bistre pommelée et adressée à Pillon. Il trouve inexacte la dénomination de syphilide pigmentaire.

On voit que les premiers travaux sur la syphilide pigmentaire ont été faits en France par des syphiligraphes français.

La question reste suspendue jusqu'en 1866, époque à laquelle Tanturri publie un travail sur les pigmentations syphilitiques. Parmi celles-ci, il consacre une large place à « la syphilide pigmentaire à fond jaune » et qu'il suppose être consécutive à la roséole, sinon primitive. Mais son mérite est d'en avoir pratiqué, le premier, l'examen histo-pathologique. Ces données ont contribué à éclairer la pathogénie de la syphilide pigmentaire.

En Autriche, Kàposi et ses élèves nient son existence. Dans son article sur l'hypertrophie pigmentaire, la syphilide pigmentaire est passée sous silence. Le célèbre dermatologue de Vienne avoue pourtant ne l'avoir jamais observée et ne croit pas soutenable l'opinion inverse. Les

observations de syphilide pigmentaire sont rares en Allemagne et Autriche. Seul Schwimmer, en 1880, en publie deux cas, dont une seule paraît démonstrative. Nous verrons au cours de ce travail que la rareté de la syphilide pigmentaire dans les pays allemands tient uniquement au teint blond des individus.

Malgré cette haute contestation, les travaux se multiplient en France, en Italie, en Espagne, en Amérique et en Angleterre.

Le sujet devient intéressant, passionnant même. Mais, la multiplicité des travaux, au lieu de donner une direction nette à la solution des problèmes que la syphilis pigmentaire soulevait, a contribué au contraire, par la divergence des opinions les plus autorisées et par des interprétations multiples des mêmes faits, à entraîner la question dans un désordre tel que toute tentative pour la reprise du problème — encore insoluble — paraîtrait vaine sans un classement préalable.

Nous nous permettons de présenter les auteurs, à partir de 1880, suivant les idées communes qui les rapprochent. C'est la pathogénie de la syphilide pigmentaire qui a, le plus, divisé ceux qui s'en sont occupés :

L'éminent professeur Fournier se fait un ardent défenseur de la syphilide pigmentaire primitive.

Ce maître la considère comme une manifestation apparaissant d'emblée et la place à côté des affections parasymphilitiques. Groupés autour de ces idées, Vidal Barthélemy et Brocq ont, dans leurs écrits, donné à la syphilide pigmentaire primitive tout le poids de leur autorité. Les thèses de Romalo et de Saintin (1884) apportent des documents à l'appui de cette théorie.

Danlos et Hudelo admettent, en dehors de certaines syphilides pigmentaires post-éruptives, l'existence d'une classe de syphilides pigmentaires primitives. A l'étranger, cette opinion a été soutenue par Dühring, Atkynson et Burkley et par Rouchi en Italie.

De très nombreux auteurs et particulièrement Neisser en Allemagne et Gaucher en France, ont étudié la syphilide pigmentaire dans un sens tout à fait opposé. Ces éminents syphiligraphes ont étudié de très près l'évolution des éruptions syphilitiques cervicales et en ont conclu à une transformation leucodermique, d'où l'appellation en Allemagne de leukoderma syphiliticum et de leucomélanodermie post-éruptive en France.

Ces idées ont rallié beaucoup de partisans ;

Maireau l'étudie dans une très bonne thèse (1884) et y reproduit des observations de Fox. Les thèses de Caillat (1903), de de Fisson (1887) et de Hazard (1892) ; celles de Weill (1904) et de Klein (1903) soutiennent la syphilide pigmentaire post-éruptive. Mais le travail le plus remarquable est assurément la thèse de Roblin (1907), élève de M. le professeur Gaucher. Citons encore les précieux documents qu'on trouve dans les thèses de Hulleu (1907) et de Barcat (1900).

On peut dire que cette partie de la syphilide pigmentaire est entièrement tirée au clair. La précision avec laquelle l'éminent Prof^r Gaucher et ses élèves, Millian, Chiray et Faure-Beaulieu l'ont étudiée, le minutieux travail entrepris par Thibierge et Hulleu, par Balzer et Barcat, par Danlos et Delmas ont largement contribué à élucider une bonne partie de l'étude de la syphilide pigmentaire. Ajoutons à tous ces travaux, ceux

qui ont été entrepris par le Prof^r Hallopeau, un des premiers à soutenir les idées régnant actuellement ; rappelons-nous la distinction prévue par l'éminent Prof^r Fournier entre la syphilide pigmentaire primitive et les leucodermies qu'il classait à part, l'étude de Gémy sur la leucodermie chez les indigènes nègres, celles de de Beurmann et de Dubreuilh, sans oublier les écoles étrangères avec Neisser, Riehl, Haslund, Fox et Ilesione et on verra que, grâce aux efforts les plus autorisés, on a pu trancher définitivement une bonne partie de cette étude.

Nous croyons qu'il n'y a plus rien à ajouter à la question de la leucomélanodermie post-éruptive.

Il nous reste maintenant à élucider la part prise par certains auteurs dans la détermination exacte du début de la syphilide pigmentaire. Il est un bon nombre d'auteurs qui rejettent la théorie de la syphilide pigmentaire primitive et voient dans son début une hyperhémie passagère subissant la transformation hyper-pigmentaire.

C'est Pilon qui, le premier, a affirmé l'origine érythémateuse de la syphilide pigmentaire primitive. Cornil, dans ses Leçons sur la syphilis, et Hallopeau, Besnier, Malherbe, Rollet de Lyon, Balzer et de Beurmann l'entrevoient mais sans l'étudier. Il n'existe en France qu'un seul travail important sur ce sujet. C'est celui de Gaucher (33) et Roblin (116), qui séparent totalement la syphilide pigmentaire vraie de la leucomélanodermie post-éruptive.

A l'étranger, Riehl, Ehrmann, et surtout Bokhart ont fourni des travaux importants dans lesquels nous avons puisé avec fruit.

Jusqu'à présent il n'a été fait que des allusions timides

à la façon dont apparaît la syphilide pigmentaire vraie. Nous n'avons trouvé aucun travail complet sur cette question. C'est à notre éminent maître, M. Jeanselme, que nous devons d'avoir été amené à poursuivre des recherches dans ce sens. Notre maître a souvent attiré notre attention sur certaines particularités intéressantes ayant trait à l'installation et au mécanisme de production de la syphilide pigmentaire.

Il nous a été possible, grâce à la bienveillance de notre maître, M. Jeanselme, d'accumuler des documents nombreux touchant cette question ainsi que toutes celles que nous nous permettrons d'exposer, toujours guidé par les souvenirs de ses remarquables leçons quotidiennes, au cours de notre modeste travail.

Des études nombreuses ont été faites sur la syphilide pigmentaire généralisée. Tortora, Doyon, Chambard, Audry, Renault, Thibierge, Hudelo, Queyrat, Fiveisky, Danlos, Enriquez, Sachs, Loew et Jeanselme en ont publié des cas.

Fournier, Guibout, Semen et Weil ont étudié la syphilide pigmentaire en rapport avec la grossesse.

Citons encore les travaux de Fournier, en France, de Finger de Vienne, d'après lesquels la syphilide pigmentaire était considérée comme une manifestation throphonévrotique. Cette théorie trouve encore des défenseurs puissants avec Renault, Darier, Brissaud, Souques, Unna, Lewin et de Fisson qui les adoptent.

Jullien, se souvenant de la maladie d'Addison, invoque la théorie surrénale. Une autopsie unique a été publiée par Jacquet.

Les conquêtes modernes, emportées dans le domaine de l'histopathologie grâce à la biopsie, ont été d'un grand secours pour l'étude des lésions intimes de la syphilide pigmentaire. Des résultats différents en ont été donnés. La première biopsie date de 1856 et a été faite par Tanturri. Mais les plus remarquables examens histologiques sont dûs à notre maître Darier, ainsi qu'à Saintin, Fratalli, de Maieff, Bokhart et Ronchi de Naples. Citons encore les études complètes d'Audry, Renault, Gémy, Hjelmann, de Fisson, Barcat, Petresco, Neumann et Colloman.

Tout dernièrement le professeur Gilbert, Lereboullet et Michel ont pensé à la cholémie pour expliquer la dyschromie syphilitique qui nous occupe.

Comme on le voit, la syphilide pigmentaire a suscité de nombreux efforts. Tous les syphiligraphes du monde ont tenu à exercer leur sagacité et leur compétence autour des nombreux problèmes que faisaient naître la syphilide pigmentaire.

Malgré les grandes divergences qui séparent encore aujourd'hui les maîtres de la syphiligraphie moderne, malgré les obscurités qui entourent cette question, il y a dans l'apport de chacun, quelque infime qu'il soit, quelque chose de vrai et seule une fusion de tous les faits apportés contribuera utilement à la solution définitive du problème.

Dans ce travail, nous n'osons pas prétendre à rallier définitivement les opinions opposées, les destinées de la syphilide pigmentaire étant débattues actuellement dans les Sociétés savantes dirigées par nos maîtres. Notre but est plus modeste : c'est d'exposer en détail l'état actuel

de nos connaissances relatives à cette manifestation, non sans avoir pris la permission de formuler quelques réflexions suggérées par l'observation de deux cent soixante malades, syphilitiques à la période secondaire, que l'extrême bienveillance de nos éminents maîtres, M. Jeanselme, M. Queyrat et M. Fournier, a mis à notre disposition.

CHAPITRE II

DÉFINITION

La syphilide pigmentaire est une dyschromie.

Localisée au cou le plus souvent, elle se caractérise :

Cliniquement, par une hyperpigmentation en réseau, en bandes ou en larges nappes circonscrivant des lunules de peau saine ou quelquefois achromiques ;

Histologiquement, par un dépôt pigmentaire exagéré dans les couches profondes de l'épiderme, dans les couches papillaire et sous-papillaire du derme, dont les vaisseaux capillaires sont le siège d'une endarthérite et d'une phlébite pouvant aller jusqu'à la thrombose.

La première poussée de roséole syphilitique est le facteur essentiel et prédominant qui concourt à sa formation.

Elle n'a pas toujours conservé sa dénomination actuelle.

Depuis 1855, époque où elle a été définitivement consacrée et figurée dans les ouvrages ayant trait à la syphilis, elle a souvent changé d'appellation suivant les idées des auteurs.

Elle a été appelée tour à tour : nuance foncée (Cullerier), teinte bistre pommelée (Diday), vitiligo, syphilide pigmentaire (Bazin, Poelchen), syphilide marmoréenne (marmoraceous syphilide pigmentary) (Taylor), hyperchromie jaune maculeuse (Tanturri), syphilide

pigmentaire primitive (Fournier), pseudo-leucodermie syphilitique (Renault), périsyphilide et métasyphilide pigmentaire ou pigmentation réticulée méta-syphilitique (Thibierge), leucopathie syphilitique (Lesser), leucoderma syphiliticum (Neisser), leucomélanodermie post-éruptive (Gaucher).

Nous conserverons à cette dyschromie le nom de *syphilide pigmentaire*, employé par Hardy et Pillon et encore le plus usité.

Les nombreuses dénominations que nous venons de citer, bonnes en elles-mêmes, ne peuvent pas s'appliquer à tous les cas. Elles résument avec exactitude les caractères fondamentaux de certaines formes de syphilide pigmentaire. Mais attribuer à un tout ce qui ne convient qu'à une faible partie c'est un procédé qui entraîne la confusion dans les esprits, à cause de leur adaptation imparfaite.

Nous choisissons donc le terme classique et courant, celui qui peut englober toutes les formes.

Nous verrons ensuite dans un des chapitres suivants, quel intérêt il y a à conserver certaines des dénominations citées au moment d'une classification définitive.

La syphilide pigmentaire n'a pas été sans soulever des objections quant à ses droits d'appartenir au groupe des syphilides. Elles sont peu sérieuses.

La syphilide pigmentaire est-elle une syphilide ?

Diday (31), dans une lettre ouverte adressée à Pillon, lui enlève ce droit et ce pour les raisons suivantes :

1. La syphilide donne naissance à une sensation perceptible ;

2. Elle perd sa couleur rouge par la pression digitale ;
3. Elle est saillante au toucher ;
4. Elle n'a pas la durée longue de la syphilide pigmentaire ;
5. Elle est très accessible à l'influence du traitement.

Comme Renault (108 et 109) a formulé aussi des objections à ce point de vue, nous pouvons répondre :

1. Les sensations perçues au niveau des syphilides varient avec les individus. Nulles le plus souvent, se manifestant chez quelques-uns par des sensations diverses depuis le simple picotement jusqu'aux dernières touches de la gamme prurigineuse. Toutes ces sensations sont uniquement sous la dépendance du tempérament individuel, entretenu par le nervosisme ou une intoxication quelconque.

2. La pression digitale, si elle n'efface pas les taches grisâtres de la syphilide pigmentaire, elle n'efface pas non plus les macules hyperpigmentées, ces taches brunâtres, consécutives à toute syphilide, qu'il s'agisse des syphilides érythémato-papulo-squameuses ou des syphilides papulo-tuberculeuses.

Les premières phases de la syphilide pigmentaire ont échappé à Diday. Nous verrons qu'elles correspondent à des manifestations érythémateuses, qui disparaissent parfaitement par la pression digitale.

3. La saillie n'existe pas non plus à la phase maculeuse pigmentaire post-éruptive de toute syphilide et elle est loin d'en constituer un caractère, vu l'existence de certaines syphilides — les syphilides érosives des muqueuses — qui, elles, sont plates.

4. En ce qui concerne la durée, la syphilide pigmen-

taire ressemble aux macules pigmentaires consécutives aux syphilides folliculaires, miliaires, lichénoïdes, si longues à s'effacer et si rebelles à toute intervention mercurielle.

Tant de points communs qui rapprochent la syphilide pigmentaire des autres syphilides à leur période finale maculo-pigmentaire, nous permettent indubitablement de persister à appeler la dyschromie qui nous occupe : *syphilide pigmentaire*.

CHAPITRE III

DESCRIPTION

La connaissance exacte des caractères de la syphilide pigmentaire nécessite une description à sa période d'état, à son état adulte, comme le dit le professeur Fournier. Elle est aisée, lorsqu'elle est en pleine formation. Des descriptions nombreuses en ont été données, inspirées toutes de celle établie par l'éminent professeur Fournier et que nous nous ferons un honneur de reproduire intégralement :

« La syphilide pigmentaire consiste en une série de marbrures pigmentées, grisâtres, disposées sans ordre régulier les uns aux voisinages des autres, s'anastomosant pour la plupart et enclavant dans leurs mailles des îlots de téguments restés sains. De la sorte, cette pigmentation aréolaire figure sur le cou, son siège habituel, une espèce de réseau, de dentelle ou de résille à larges mailles (41). »

Comme on le voit, il s'agit d'un réseau dans lequel il y a à distinguer sur un fond de peau saine, « de marbrures pigmentées ». Celles-ci sont d'une finesse de construction telle qu'une reproduction exacte de ses anastomoses est impossible. Pour voir une syphilide pigmentaire dans son ensemble et pour en mesurer

l'intensité et l'étendue, il est bon de se munir de certaines précautions sur lesquelles nous insistons tout particulièrement et que nous avons toujours vues employées par notre maître, M. Jeanselme. Le malade déshabillé jusqu'à la ceinture, est placé de profil à longueur de bras. Un des bras fixe le sommet de la tête et lui imprime un léger mouvement de rotation tout en recommandant au malade de donner à son corps le même mouvement.

Le malade ainsi examiné à distance, on pourra nettement distinguer « les bigarrures, les trainées et les marbrures grisâtres » du cou, de la nuque, du thorax et de la ceinture.

Cette précaution est précieuse dans le cas d'une syphilide pigmentaire discrète ou en évolution.

L'examen doit être pratiqué le jour. L'éclairage direct, en plein jour, trouble et empêche les nuances de se manifester à notre vue d'une façon précise. Une trop grande intensité de lumière détermine, au niveau de la région examinée, une teinte uniforme et brillante.

C'est toujours à contre-jour qu'il faut pratiquer cet examen. L'éclairage artificiel possède les mêmes inconvénients. Nous nous sommes très bien trouvés du demi-éclairage provoqué de la manière suivante : nous exposons le malade en plein jour et nous nous interposons de manière que notre dos arrête les rayons du soleil, en écran improvisé. Dans d'autres circonstances, nous avons fait usage d'un carton d'observation que nous placions au devant de la région examinée, permettant ainsi de mieux faire ressortir, dans le demi-jour ainsi obtenu, le contraste des différents éléments.

En outre, dans l'examen de la région cervicale, il est bon de ne jamais faire tendre le cou au malade en arrière, en avant ou bien latéralement.

L'examen doit porter sur le cou en sa position naturelle.

Grâce à ces précautions, on peut se dispenser du procédé au verre bleu de cobalt préconisé par Broca et basé sur le pouvoir qu'a la couleur bleuée d'absorber la lumière rouge.

Ces précautions prises, l'ensemble de la lésion nous révèle deux parties distinctes :

1. Une hyperpigmentation ;
2. Des îlots de peau saine.

1. *L'hyperpigmentation*, examinée à la période adulte, est ce qui frappe le plus facilement le malade, son entourage ou le médecin.

Le malade croit avoir le cou enduit de « crasse » (Fournier) et recourt au savon, sans succès d'ailleurs. Mais, dans la généralité des cas, l'hyperpigmentation reste ignorée des patients, comme toutes celles des manifestations cutanées de la syphilis qui ne crient leur présence par aucune sensation subjective.

2. *Les îlots de peau saine* sont ces multitudes de « taches blanches ou décolorées », comme on les a improprement baptisées. Ce ne sont en réalité que des lunules de peau saine, échappées à l'envahissement de l'afflux pigmentaire, mais se trouvant emprisonnées, encerclées par les traînées pigmentaires. Mal délimitées, sans aucune démarcation bien distincte, elles font ressortir leur couleur normale par contraste avec les parties environnantes hyperpigmentées. En les regardant de près et isolément, on a de la peine à leur trouver des bords nets.

Si ces îlots sont réguliers dans leur distribution d'ensemble, ils ne gardent pas ce caractère en tant qu'élément isolé. En effet, le passage d'une région fortement hyperpigmentée au centre de la lunule de peau saine est insensible. Celle-ci empiète sur le territoire hyperpigmenté par ses bords présentant des espèces de crennelles disposées sans régularité.

Tout est irrégulier, désordonné, mal façonné dans la syphilide pigmentaire, examinée de très près. Au contraire, son examen fait à distance, nous montre « une dentelle, un réseau » où la régularité des traits et la symétrie architecturale se combinent dans un ensemble parfait.

§ 1. — **Formes.**

L'hyperpigmentation est représentée par des « traînées transversales ou obliques. » (Fournier.) Ce sont des marbrures liées les unes les autres, circonscrivant des espaces clairs. » (Pillon.)

Ce sont de fines stries grisâtres s'entremêlant entre elles. Toujours, à leur période d'état, elles entourent le cou complètement ou presque. Ces traînées horizontales et finement anastomosées se disposent de façon à lui constituer un vrai collier. C'est ce qui a incité nos prédécesseurs à lui donner le nom pittoresque de « collier de Vénus ».

Ces traînées ne sont que des rangées de macules pigmentaires arrivées à la confluence par la confusion de leurs bords. De place en place dans ces traînées on

trouvera des points plus pigmentés encore qui sont le centre des macules confluentes.

La dépigmentation graduelle de chaque élément, sa réunion aux macules pigmentaires voisines, la présence de lunules de peau saine entre leurs mailles, sont les points qui caractérisent cette dyschromie syphilitique.

Fournier la compare à une dentelle, à une anastomose « en résille ».

L'hyperpigmentation de la syphilide pigmentaire peut également reproduire des bandes transversales parallèles encerclant le cou. Sur tout leur parcours, on observe des lunules de peau saine. Entre les deux bandes la peau est loin de conserver sa coloration normale. Elle est légèrement pigmentée et on y retrouve ces mêmes lunules. Cette forme est rare. Nous ne l'avons rencontrée qu'une seule fois chez un malade du service de M. Queyrat. Elle doit ne se trouver que chez les hommes, puisque ce n'est que chez eux qu'on rencontre le cou normalement pigmenté et ayant, par suite des frottements répétés du col, les caractères que nous venons d'indiquer.

§ 2. — Coloration.

On ne s'est jamais accordé sur les caractères chromiques de la syphilide pigmentaire. Les divergences qu'ils ont fait naître peuvent s'expliquer par deux erreurs d'interprétation : il est rare que deux observateurs tombent d'accord sur une couleur discrète à caractériser. Nos sens imparfaits ne nous le permettent pas. L'erreur peut encore venir du fait qu'on ne tient pas

compte de l'époque à laquelle on fait l'examen. Dès le début nous avons tenu à décrire cette lésion à son état adulte. C'est à cette phase maxima de sa formation que doit être cherchée la couleur de la syphilide pigmentaire.

Fournier lui trouve une teinte gris cendrée, rappelant la « crasse ». D'autres fois, elle est, d'après le même auteur, gris-foncé, brun-ocre, jaune sale, bistrée.

Barthélemy lui trouve les mêmes teintes. Tanturri la voit jaune. Pour Maireau elle est jaune d'ocre, brun-sépia.

Cette variété d'appréciation tient à ce que les observations ont porté sur des syphilides pigmentaires à différentes époques de leur évolution.

Pour nous, la nuance de cette dyschromie, *à sa période d'état*, est variable parce qu'elle est sous la dépendance d'influences les plus diverses. Ce qui commande cette coloration, c'est la carnation du sujet, ainsi que le degré d'intensité de la roséole antérieure.

Un syphilitique de carnation brune, n'ayant été soumis au traitement mercuriel qu'après la poussée de roséole et possédant une roséole floride, ébauchera une syphilide pigmentaire qui prendra, à sa période d'état, la teinte foncée, café au lait ou brun-sépia. Inversement, un individu syphilitique de carnation blonde, possédant une roséole floride ébauchera une syphilide pigmentaire qui prendra, à sa période d'état, une teinte plus claire, grise ou jaune-sale.

En dehors de ces deux catégories, représentant les extrêmes, il y a place pour une foule d'intermédiaires, la couleur de la syphilide pigmentaire passant du jaune-sale au brun-sépia, en s'arrêtant à la couleur intermé-

diaire suivant la teinte naturelle de l'individu et aussi suivant le moment auquel a été institué le traitement mercuriel.

Et, comme le dit si bien Maireau, il est naturel que dans les pays où les hommes blonds sont les plus nombreux, il y ait prédominance de syphilides pigmentaires à teinte jaune, comme en Angleterre et dans les pays de race allemande. Par contre, les pays ensoleillés comme l'Algérie, l'Italie et l'Espagne fourniraient un contingent très élevé de syphilides pigmentaires à teinte brune.

§ 3. — **Siège.**

C'est le cou qui est le siège de prédilection de la syphilide pigmentaire.

La syphilide pigmentaire cervicale peut envahir toute cette région ou une de ses parties seulement.

Les faces latérales du cou sont assez fréquemment frappées par la syphilide pigmentaire sans que la nuque soit touchée. La symétrie n'est pas un caractère constant dans sa distribution ainsi qu'on l'a souvent répété. Les nombreux cas de syphilide pigmentaire localisée en sont un exemple.

Lorsqu'elle ne siège que sur les côtés du cou, la syphilide pigmentaire s'étend sur un carré, ayant les bords supérieurs des clavicules et le bord inférieur du maxillaire inférieur comme limites horizontales et parallèles, la région hyo-thyroïdienne et les bords antérieurs du trapèze comme limite antérieure et postérieure. C'est « le cadre » de la syphilide pigmentaire localisée.

Mais presque toujours cette dyschromie, lorsqu'elle est typique, empiète sur la nuque où elle étale largement ses bigarrures grisâtres. Contrairement à ce que nous avons dit pour le cou, de la nuque elle peut descendre dans la région interscapulaire, s'enfonçant entre les omoplates.

Cette hyperchromie pathologique ne se termine jamais par une ligne nette de démarcation, par une ligne horizontale. Maireau, dans sa thèse, a largement insisté sur ce point. Cet auteur décrit en détail à ce niveau des arcades très irrégulières de contour et de direction.

D'après Fournier, la syphilide pigmentaire siège au cou 29 fois sur 30.

D'après nos observations nous l'avons trouvée sur cent dyschromies cervicales :

12 fois aux aisselles ;

3 — au niveau de la ceinture ;

2 — — des flancs ;

2 — — des jarrets ;

2 — — de la poitrine, du dos.

Ces localisations extra-cervicales ne se trouvent jamais isolées. La dyschromie du cou les accompagnent toujours.

On voit que, après le cou, ce sont les aisselles qui sont le plus souvent atteintes. Viennent ensuite, par ordre de décroissance, la ceinture, les flancs, les jarrets, le dos, la poitrine et en dernier lieu la figure, dont on ne connaît qu'un seul cas de Fournier. Le cas est assez piquant : il s'agissait « d'une jeune femme, syphilitique de fraîche date, qui présentait une syphilide pigmentaire du visage, localisée sur le front, les joues et le menton ». Cette femme n'était pas enceinte. Fournier le compare

à un autre cas de Pinard, identique comme aspect et siège de la syphilide pigmentaire, intéressant celui-là par l'absence de tout stigmate spécifique. Nous n'avons aucun détail sur la localisation de la roséole et sur le degré de pigmentation normale des téguments, pour pouvoir interpréter ces deux cas, vraiment rares.

Il reste encore bien des régions, comme la paume des mains, la plante des pieds, les membres dans leur totalité, les régions vulvaire et scrotale, qui ne sont presque jamais prises.

Pourquoi ce lieu d'élection de la syphilide pigmentaire ? Pourquoi cette localisation presque essentiellement cervicale ? Nous réservons notre réponse pour un des chapitres suivants, lorsque nous aurons à traiter de la pathogénie de la syphilide pigmentaire généralisée.

§ 4. — **Troubles fonctionnels et objectifs.**

Aucun trouble subjectif n'accompagne cette lésion. Celle-ci apparaît, se développe et s'éteint sans déterminer aucune sensation de douleur, de prurit ou de picotements.

L'examen direct d'une syphilide pigmentaire à sa phase adulte, ne révèle aucune altération objective. Pas de rougeur, ni de desquamation, comme il a été dit par Hardy. Et contrairement aux affirmations de Vidal, la sensibilité est normale au niveau de la dyschromie.

En somme, celle-ci est discrète et silencieuse pour le malade et il faut l'intervention de conditions spéciales pour qu'elle attire l'attention. C'est ainsi que si cette

lésion passe inaperçue chez les femmes du peuple, ouvrières, domestiques ou filles publiques de basse catégorie, elle échappe rarement aux mondaines et aux artistes journellement tenus à entretenir et à conserver, dans un but de coquetterie, l'intégrité parfaite de leur patrimoine cutané.

En résumé, la syphilide pigmentaire, à sa période *d'état* étudiée avec méthode, attire notre attention par ses caractères fondamentaux qui sont au nombre de cinq :

1° Hyperpigmentation figurant un réseau en dentelle, en bandes ou en larges nappes ;

2° Lunules de peau saine horizontalement allongées et encadrées par les mailles du réseau précité ;

3° Coloration jaune-sale chez les individus de carnation blonde ; coloration brun-sépia chez les individus de carnation brune ;

4° Siège habituel au cou ;

5° Absence de toute sensation subjective.

CHAPITRE VI

DÉBUT DE LA SYPHILIDE PIGMENTAIRE

La détermination du moment précis de l'apparition de la syphilide pigmentaire est toujours difficile à fixer. Une étude démonstrative ne pouvait être tentée sans le concours des malades eux-mêmes. Mais le début de la syphilide pigmentaire, lésion discrète et silencieuse par excellence, n'est jamais l'occasion d'une consultation ou d'une entrée à l'hôpital. Nous n'avons jamais rencontré un malade se plaignant de l'apparition de cette dyschromie. Les malades arrivent dans les hôpitaux pour des accidents tout autres, postérieurs à l'époque de sa formation.

Cette dyschromie peut être absente, en formation, toute faite ou bien en régression lorsque le malade, à l'occasion d'une poussée floride de syphilides érythémato-papuleuses ou bien de syphilides gommeuses, vient demander nos soins. S'agit-il d'un homme, au stade d'un accident initial, celui-ci se soigne chez lui ou reste quelques jours à l'hôpital pour en sortir assez rapidement. Tel autre malade est porteur de syphilides ulcéro-gommeuses tout en possédant au cou une syphilide

pigmentaire. Il pourra nous renseigner sur tout ce qui concerne ses lésions ulcéreuses, mais il n'aura aucun souvenir, aucun renseignement à nous fournir touchant sa dyschromie cervicale.

Les difficultés sont les mêmes lorsqu'il s'agit de femmes qui ne conçoivent pas la maladie sans de vives souffrances ou tout au moins des malaises. Il ne nous reste qu'un tout petit nombre de malades, hospitalisés pour des accidents d'une certaine gravité et sur lesquels il nous a été possible de recueillir les éléments nécessaires à l'établissement exact du début de la syphilide pigmentaire.

Toutes ces difficultés expliquent les nombreuses variations dans les dates qui ont été données par tous les auteurs.

C'est ainsi que Pillon (102) fixe la date du début au déclin de la roséole. Pourtant ce serait un exanthème tardif, pour cet auteur, ainsi que pour Fournier (41) et Romalo (117). Schwimmer (120) va beaucoup plus loin en déclarant l'avoir vu débiter, dans un cas, cinq années après le chancre infectant. La syphilide pigmentaire débiterait six mois après l'accident initial, d'après Dühring, Barthélemy et Gaucher (51) ; vers le 4^e ou 5^e mois d'après Thibierge, Gaucher et Delmas (29). Beaucoup d'observateurs, entre autres Diday, Fox, Maireau, Renault, de Fiveisky, de Fisson, Roblin, de Beurmann, Hazard se rapprochent davantage de la date de la contamination syphilitique et affirment l'avoir vue débiter 3 mois après l'apparition du chancre infectant.

A l'hôpital Broca, sur 58 malades ayant la syphilide pigmentaire du cou et, à l'hôpital Cochin, sur 24 cas de

syphilide pigmentaire, nous avons obtenu les résultats suivants (1) :

	2 m. 1/2	3 m.	4 m.	5 m.	6 m.	7 m.	8 m.	9 m.	10 m.
58 femmes, de Broca.....	2 cas.	22	17	5	4	2	1	1	1
24 hommes, de Cochin.....	2 cas.	9	4	2	1	1	»	»	»

Ce tableau est très instructif. Il nous montre que le début de la syphilide pigmentaire, pour le plus grand nombre de cas, est très proche de l'époque de disparition de la roséole syphilitique : 2 mois 1/2 dans 4 cas, que nous avons contrôlés, 3 mois dans 31 cas, 4 mois dans 21 cas, 5 mois dans 7 cas de syphilide pigmentaire.

Pour ce qui est des cas dont le début s'est effectué plus tardivement, entre le 6^e mois et le 11^e mois, les observations ont été faites sur des malades qui n'ont pas été vues au moment de la disparition de la roséole.

En s'inspirant du chiffre considérable de malades ayant ébauché leur syphilide pigmentaire 2 mois 1/2, 3 mois et 4 mois après la date initiale de l'infection syphilitique, il est logique de soutenir *la précocité du début de la syphilide pigmentaire* pour le plus grand nombre d'entre elles. Ce début fait coïncider cette dyschromie avec le déclin de la roséole.

De Fisson (39) arrive aux mêmes conclusions, puisque sur 7 cas de syphilide pigmentaire, donne les dates suivantes :

(1) Il nous a été impossible de reconstituer le début de la syphilide pigmentaire dans tous les cas qui se sont présentés.

1 cas débute à 2 mois ;

1 — 3 mois $1/2$;

2 — 4 mois ;

2 — 6 mois.

Les recherches de Pillon, de Diday, de Fox, de Maireau, de Fiveisky, de Roblin, de Hazard et l'autorité scientifique de Beurmann et de Renault suffisent pour confirmer notre affirmation.

CHAPITRE V

PATHOGÉNIE

§ 1. — Comment s'installe la syphilide pigmentaire.

Nous venons de voir dans le chapitre précédent, que le début réel de la syphilide pigmentaire coïncidait avec le déclin de la roséole. C'était entre le 2^e mois 1/2 et le 4^e mois qu'elle faisait son apparition dans un grand nombre de nos observations. Aucune explication suffisante n'a été donnée par tous ceux qui ont soutenu que la syphilide pigmentaire était d'apparition tardive. Le cas de Schwimmer qui montre une syphilide pigmentaire débutant 5 années après le chancre syphilitique est un cas unique dans la littérature médicale et, comme son observation est muette sur la chronologie des accidents, on est en droit de rejeter ce cas comme non valable.

Il nous reste encore à discuter l'opinion de l'éminent syphiligraphe, le Prof^r Fournier, qui a donné à la syphilide pigmentaire une époque d'apparition plutôt tardive, en la fixant à la fin de la première année. Mais à cette période de la syphilis appartient tout le cortège des accidents secondaires, dont la roséole est un des principaux éléments. Ajoutons que cet exanthème peut être suivi de plusieurs autres poussées successives qu'on a appelé roséoles de retour et nous nous trouvons ainsi d'accord avec le Prof^r Fournier, puisque nous con-

sidérons la syphilide pigmentaire comme succédant *in situ* à la roséole.

Nous avons cité les nombreux observateurs qui ont fixé cette date à 2 mois 1/2, 3 mois et 4 mois. Nous avons montré en outre que le plus grand nombre de nos observations confirmait cette manière de voir, sauf pour quelques-unes d'entre elles débutant entre le 5^e et le 11^e mois.

Cette date correspond à l'époque de résolution de la roséole ; nous connaissons, en effet, la grande variabilité qui règne dans sa disparition. Voici ce que l'éminent maître, le Prof^r Fournier, dit, dans son admirable Traité, à propos de l'évolution de la roséole : « la roséole syphilitique débute 45 jours après la déclaration du chancre syphilitique... Ce n'est pas à dire toutefois qu'elle ne puisse se manifester à un stade plus reculé de la diathèse. Il est très commun de la rencontrer à une époque quelconque de la première année, dans le cours de la seconde année ou même au delà, lorsqu'un traitement mercuriel en a retardé l'apparition ou lorsqu'elle récidive... Parvenu à son entier développement, elle persiste plus ou moins longtemps sans modifications ultérieures. Traitée, elle se fane. Non traitée, elle persiste plusieurs semaines, 1 mois, 2 mois, quelquefois même davantage ».

Nous pouvons donc dire que la disparition de la roséole, tout comme l'apparition de la syphilide pigmentaire, peut avoir lieu à une époque très variable entre 2 mois 1/2 et 4 mois, entre 4 mois et 2 années, suivant son intensité et toutes les influences qui concourent à sa disparition.

Il est intéressant à noter cette particularité qui relie la syphilide pigmentaire à la roséole. Nous découvrons ici, par un moyen de pure observation clinique, une analogie frappante entre ces deux manifestations cutanées de la syphilis. Large variabilité pour ce qui a trait à la date de la disparition de la roséole syphilitique. Même variabilité en ce qui concerne la date de l'installation de la syphilide pigmentaire. Dans tel cas, la roséole peut disparaître deux mois après le début de l'infection et la syphilide pigmentaire peut parfaitement s'installer à cette même époque. Dans tel autre cas, la roséole peut faire son apparition 6 mois après le chancre syphilitique et disparaître vers le 7^e mois de l'infection. Les observations de syphilide pigmentaire remarquée 7 mois après la date de l'infection ne sont-elles pas à rapprocher des cas de roséole tardive ? Il nous semble qu'un rapprochement logique entre faits identiques s'impose, après ces quelques remarques que nous nous sommes permis de faire. Ces deux manifestations cutanées syphilitiques se complètent l'une par l'autre d'une manière parfaite.

Nous pouvons ainsi affirmer que la syphilide pigmentaire fait suite à la disparition de la roséole syphilitique. Ce fait n'a pas échappé à Pillon (103). Voici comment ce syphiligraphe s'exprimait dans la *Gazette hebdomadaire* en 1855. « Après que la roséole syphilitique ait parcouru ses phases, après qu'elle ait pu exister au cou comme ailleurs, quand elle a disparu de ce point et qu'elle a commencé à s'effacer ailleurs, alors que tous les accidents syphilitiques ont disparu, *il reste quelque chose* que j'appelle : syphilide maculeuse du cou. »

Bassereau et Tanturri (132) voient dans la syphilide pigmentaire des traces d'une éruption roséolique antérieure. Plus tard, Cornil (19), Neisser (99) et Michelsolm ont insisté sur l'apparition de la syphilide pigmentaire, consécutive à des exanthèmes passés inaperçus.

Le vitiligo syphilitique de Polchen (104), qui n'est pas autre chose que la syphilide pigmentaire, est un résidu d'un exanthème antérieur, d'après cet auteur.

Hallopeau (71), Besnier l'ont établi à la Société de dermatologie, ainsi que Balzer (4) et Thibierge (129). Gaucher et Roblin (116) qui ont eu le grand mérite d'avoir, les premiers, isolé la syphilide pigmentaire vraie. Pour ce dernier « l'hyperpigmentation, sans lésion leucodermique, est précédée par des roséoles aréolaires ou maculeuses. Ce sont des hyperhémies locales. »

Rollet, Haslund (69) et Finger arrivent aux mêmes conclusions.

Neumann apporte à l'appui de toutes ces affirmations des documents précieux établissant *la persistance des lésions histologiques des syphilides secondaires assez longtemps après la guérison apparente de leurs éléments.*

Malgré ce grand nombre de travaux tendant à établir les relations de la syphilide pigmentaire avec la roséole antérieure, la confusion est loin d'être dissipée. A ce sujet, on n'a pas assez isolé, à notre avis, la syphilide pigmentaire vraie des fausses syphilides pigmentaires, à savoir la leucomélanodermie post-éruptive, qui, elle, est en dehors du cadre qui nous occupe. Il y a par conséquent place pour une étude plus approfondie.

Une question capitale doit être élucidée. Quel est l'état

du cou, de quelles lésions est-il le siège au moment de l'envahissement des téguments par la roséole ?

Pour pouvoir soutenir que la syphilide pigmentaire succède à la roséole cervicale, il faut établir définitivement un point qui a été longuement débattu, à savoir, l'existence de la *roséole cervicale*.

A. — Roséole cervicale : Le réseau érythémateux.

L'intégrité du cou reste-t-elle parfaite ? Ne se laisse-t-il pas envahir, comme les téguments voisins, par les éruptions si diverses de la syphilis secondaire ?

Des maîtres éminents, parmi lesquels le Prof^r Fournier et Renault (109), ainsi que Saintin (124), ont soutenu avec énergie que la roséole syphilitique ne frappait jamais le cou. On est devenu depuis moins rigoureux et on y a saisi les mêmes manifestations syphilitiques que partout ailleurs.

Dans nos observations, nous avons noté toutes les variétés d'éruptions frappant le cou. Nous les reproduisons dans le tableau ci-dessous. Leur fréquence et leur variété ne doivent pas nous surprendre.

	ROSÉOLE			SYPHILIDES		
	maculeuse.	papuleuse.	circinée.	érythémato-papuleuses.	miliaires follicul.	papulo-tub. ulcéreuses.
Sur 80 femmes . .	27	3	—	7	1	—
Sur 60 hommes .	13	2	—	11	1	3

Il est donc démontré que la roséole cervicale existe. C'est sous la forme maculeuse qu'on la rencontre le plus souvent.

Ses caractères sont ceux de la roséole des autres régions du corps, avec laquelle elle se continue toujours. C'est à la nuque et sur les parties latérales du cou qu'on l'observe le plus souvent.

D'apparition lente, elle peut disparaître sans avoir acquis un maximum dans son évolution et intensité, comme il arrive pour la macule et pour la papule roséolique des autres régions du corps. C'est ainsi qu'elle peut durer à peine quelques jours, mais elle ne dépasse jamais, en durée, la roséole des autres régions du corps.

Ces deux caractères, c'est-à-dire sa discrétion et sa durée éphémère sont les facteurs essentiels propres à la roséole cervicale. Ils ne s'imposent naturellement qu'après un examen méthodique du cou et est, de ce fait, plus une constatation d'examen médical qu'une découverte due au malade lui-même. Ce qui fait dire à Neisser : « L'exanthème maculeux siège au cou plus souvent qu'on ne le croit, mais il passe inaperçu. »

C'est en suivant bien les éléments depuis le foyer de la roséole qui est variable comme siège, jusqu'à ses derniers éléments, qu'on parvient à la dépister.

Nous arriverons ainsi à passer en revue les éléments roséoliques à tous les stades de leur évolution, depuis la macule franche qui occupe le foyer de l'exanthème (dos, flancs, poitrine) jusqu'à la macule la plus discrète, située à sa périphérie.

Le cou est très souvent la région où ces éléments sont réduits à leur plus simple expression.

Actuellement, personne ne nie plus son existence. Besnier, Jeanselme, Brocq, Maireau, Neisser, Poelchen, de Beurmann, Gaucher et Roblin, Hudelo, Thibierge ont définitivement établi ce point.

Il résulte, en outre, des travaux de notre éminent maître, M. Jeanselme, que la distribution de la roséole n'est pas uniforme pour toutes les syphilis secondaires. Elle existe, dans certains cas, ailleurs que sur les flancs, le bas-ventre ou la racine des cuisses. Le cuir chevelu, la figure, le cou, la nuque et le haut du thorax peuvent être pris sans que le reste du corps soit atteint, lorsqu'il s'agit d'une syphilis à point de départ céphalique. C'est ce que M. Jeanselme a isolé sous le nom de *roséole remontée*. Dans ces cas, le chancre syphilitique des lèvres, de la langue, du menton, des joues, des gencives et de la nuque, est suivi par la roséole syphilitique comme le corps humain par son ombre.

L'existence de la roséole cervicale est ainsi pleinement démontrée.

Obs. 1. — Cécile Mor .., 23 ans. — Examen le 15 février 1910 :

Accident initial en décembre 1909, siégeant sur le côté droit de l'isthme du gosier. Pendant 3 jours la malade a eu une forte dysphagie et le cou tuméfié sur son côté droit.

Actuellement, il existe un ganglion du volume d'une châtaigne dans la région sous-angulo-maxillaire droite. On ne reconnaît plus le chancre, mais on voit de nombreuses plaques muqueuses sur les deux amygdales.

La roséole occupe la partie supérieure de l'abdomen, le tronc dans toute sa totalité, le cou et la nuque, se prolongeant même sur le cuir chevelu, où l'on remarque de nombreuses lunules érythémateuses. C'est un exemple de roséole remontée à type cervico-pectoral.

Au niveau du tronc il est intéressant de faire remarquer la confluence des éléments érythémateux. Cette roséole réticulaire du tronc se poursuit sur le cou où elle semble se transformer insensiblement en syphilide pigmentaire, c'est-à-dire que le réseau, au lieu d'être érythémateux, est pigmentaire.

La malade a toujours eu le cou fortement pigmenté. Elle a les cheveux châains-foncés. Iris de coloration brune et les paupières couvertes de bistre, comme on le voit chez les cholémiques.

Obs. 2. — M^{me} B..., 29 ans. — Examen le 15 janvier 1910 :

Chancre amygdalien en novembre 1909.

Traitée à l'hôpital Saint-Joseph pour un phlegmon amygdalien.

Vient consulter à l'hôpital Broca, le 10 janvier 1910, où l'on fait le diagnostic de chancre syphilitique de l'amygdale droite.

Adénopathie sous-maxillaire correspondante.

A la roséole depuis le 1^{er} janvier 1910. Celle-ci occupe la région haute du thorax, les épaules, la nuque et le cou où elle détermine des anneaux érythémateux confluent. Il y a, par endroits, une pigmentation réticulaire donnant l'aspect typique d'une syphilide pigmentaire.

La malade a les cheveux blonds et les yeux gris.

L'existence de la roséole cervicale est un fait indéniable. La question se pose si elle peut exister isolée.

Dans nos observations nous ne l'avons jamais rencontrée qu'accompagnant une roséole des régions voisines. Elle faisait partie de toute une nappe éruptive pouvant prendre deux types : un type supérieur comprenant la roséole céphalique, cervicale et scapulo-thoracique et un type inférieur comprenant la roséole abdomino-lombaire, thoracique et cervicale. Il y a continuité avec effacement progressif des éléments.

Les cas de roséole cervicale papuleuse et circonscrite sont plus rares. Sur 140 observations de syphilis secondaire,

nous n'en avons rencontré que cinq. Il n'en est pas de même de la roséole cervicale maculeuse, dont nous avons recueilli 40 exemples.

Cet exanthème maculeux détermine à la surface du cou un véritable réseau, par la confluence de ses éléments. Ceux-ci arrivent forcément à la confluence, étant serrés, les uns à côté des autres. Leur teinte franchement érythémateuse colore ce réseau, ce qui fait mieux ressortir les îlots de peau saine, encadrés dans ses mailles.

C'est le réseau érythémateux.

Et c'est la roséole cervicale qui le détermine.

Le réseau érythémateux siège à la nuque et sur les parties latérales du cou. Il constitue une manifestation éphémère. L'apparition en est insidieuse, son évolution discrète, son existence ne dure le plus souvent que quelques jours.

Il n'y a pas de réseau érythémateux sans coexistence d'une roséole céphalique ou thoracique supérieure.

La fugacité de cette manifestation en rend l'observation extrêmement difficile. Mais il existe des cas où le réseau a persisté plus de huit jours.

Nous en avons pu noter un certain nombre dans le service de notre éminent maître, M. Jeanselme, et ils font l'objet des observations que nous relatons plus loin.

B. — Mécanisme de l'hyperpigmentation.

Nous avons suivi pas à pas l'évolution de ce réseau érythémateux. Nous avons insisté sur ses caractères :

Sa teinte rosée ;

La confluence de ses éléments ;

Sa durée éphémère.

Aussitôt installé, sa teinte érythémateuse pâlit et passe du rose-vif au rose-pâle, pour prendre finalement une teinte jaune-grisâtre difficile à caractériser. A ce moment, le réseau érythémateux traverse une période d'indécision dans ses caractères. C'est seulement quelques jours après l'apparition du réseau érythémateux que l'on peut dire, avec Pillon, « qu'il reste quelque chose ».

Cette période d'indécision est, elle-même, très courte.

Le réseau érythémateux deviendra nettement pigmentaire par la surpigmentation des éléments antérieurement érythémateux. Au fur et à mesure de l'augmentation du dépôt pigmentaire, la teinte deviendra plus accentuée. Le réseau érythémateux passera successivement par différents degrés de coloration, du jaune-grisâtre au jaune-sale et au jaune franc. La teinte s'arrêtera à ce stade de coloration ou continuera à virer au café au lait et au brun sépia.

Il est à retenir que cette transformation érythémato-pigmentaire s'effectue au niveau d'un canevas, toujours le même, et qui est le réseau érythémateux.

En somme, la transformation pigmentaire de la roséole cervicale arrive à sa période adulte, en passant par les stades suivants :

1° Période du réseau érythémateux, de durée variant entre quelques heures et quelques semaines ;

2° Période de pigmentation et d'indécision, durée de quelques jours ;

3° Période d'hyperpigmentation, de durée variant entre huit jours et un mois ;

Cette dernière période correspond au dépôt progressif du pigment.

La syphilide pigmentaire met par conséquent quatre à six semaines pour arriver à sa période adulte.

Le professeur Gaucher s'est occupé de cette question et en a fait l'objet d'une clinique à l'hôpital Saint-Louis en 1906. Ce maître a dit notamment ceci : « Je pense que tous les cas de syphilide pigmentaire maculeuse ou aréolaire succèdent à une roséole maculeuse ou circonscrite... Voyez ce jeune homme de vingt et un ans qui a contracté il y a quatre mois un chancre syphilitique prépu-tial... Ce malade présente, entr'autres symptômes, une roséole à larges éléments, disséminés sur tout le corps. Cette roséole s'est étendue sur le cou et vous pouvez voir ces taches érythémateuses sur les parties latérales de la région cervicale et sur la nuque ; quelques-unes de ces taches de roséole sont manifestement *en train de se pigmenter*. En regardant le malade de près, vous pouvez voir, en effet, que ces taches roséoliques perdent leur aspect rosé pour prendre une tonalité brunâtre, dont la teinte est bien celle que nous sommes accoutumés d'observer dans la syphilide pigmentaire définitivement établie. Elle nous montre la succession de la syphilide maculeuse pigmentaire à la roséole maculeuse du cou ».

Le professeur Gaucher donne ensuite deux observations de roséole circonscrite ayant subi la transformation érythémato-pigmentaire.

Nous avons pu trouver quelques observations analogues dans le grand nombre de syphilitiques secondaires appartenant aux services de MM. Jeanselme, Queyrat et Fournier :

Obs. 3. — Meurice Rose..., 20 ans, comptable. — Examen le 27 janvier 1910 :

Angine suspecte en septembre 1909.

Présente dans la région susclaviculaire gauche une cicatrice allongée assez infiltrée. Ce serait une écorchure banale d'après la malade.

Plaques muqueuses linguales et amygdaliennes.

Roséole floride en décembre 1909, recouvrant la poitrine, le dos et les cuisses.

Actuellement, on remarque de nombreuses plaques muqueuses sur l'amygdale gauche. Adénopathie sous-maxillaire du même côté.

Dans la région sus-claviculaire gauche, il existe une cicatrice jambonnée, ayant fait suite à « un bouton » rouge qui a duré 2 mois. Il est difficile de trouver la porte d'entrée de la syphilis.

Rien dans la région vulvaire.

Au niveau du cou, on remarque un *réseau érythémateux* très fourni et, partant, très apparent. On peut voir que ce réseau n'est que la continuation de la roséole qui persiste encore au niveau du dos. Elle se continue au niveau du cuir chevelu. On ne remarque pas d'alopécie en clairière.

Le réseau érythémateux est particulièrement visible au niveau de la nuque et sur le côté droit du cou, où il encercle des régions de peau normale, reproduisant ainsi la configuration exacte de la syphilide pigmentaire avec son réseau et ses ilots intercalés.

Le même réseau, plus prononcé, se remarque au niveau des avant-bras, sur leur face d'extension. Au premier abord on croit avoir affaire à un livedo banal. L'exposition de la malade à la chaleur du poêle pendant 10 minutes ne fait pas disparaître ce réseau des avant-bras. Ce dernier est identique à ce que nous avons remarqué au cou.

La malade est de carnation blonde : les cheveux sont blonds, les iris sont bleus.

Le 31 janvier 1910 : La malade a eu aujourd'hui sa 3^e injection d'huile grise.

A été mise au traitement le 15 janvier 1910.

Le réseau érythémateux a pâli de beaucoup.

Sur la nuque et sur son côté droit surtout, il commence à se dessiner un réseau grisâtre, jaune pâle, donnant à cette partie du cou l'aspect « de la crasse », d'un cou sale. Il est difficile d'indiquer la place exacte de chacune des nombreuses lunules qui se voient entre les mailles du réseau.

Le 9 février. — Le réseau grisâtre s'installe. Il est très net du côté de la nuque où l'on remarque de très nombreuses lunules blanches.

C'est la syphilide pigmentaire en réseau à sa période de début.

Le 16. — C'est toujours à la nuque qu'on remarque un réseau grisâtre entourant des lunules de petites dimensions, conservant la couleur, l'aspect et la consistance de la peau normale.

Le 23. — La syphilide pigmentaire est à sa période d'état. Le réseau grisâtre entoure le cou en partie, sa partie antérieure étant respectée. De couleur jaune franc, cette syphilide pigmentaire paraît s'arrêter à ce stade de coloration, la malade en effet est de carnation blonde et n'a jamais présenté, au niveau de la région cervicale, de pigmentation anormale.

Obs. 4. — M^{me} H. T..., 35 ans, tapissière. — Examen le 11 janvier 1910 :

Chancre syphilitique sur la grande lèvre droite en octobre 1909, et diagnostiqué à Broca. Roséole quelque temps après. Plaques muqueuses en décembre 1909.

Actuellement, roséole floride en décroissance.

Est en traitement et vient de commencer une série de six injections d'huile grise.

Ce qui fait l'intérêt de cette observation, c'est une syphilide pigmentaire cervicale surprise à sa première phase, la phase érythémateuse. On remarque, surtout sur les faces latérales du cou et sur la nuque un réseau érythémateux très prononcé, circonscrivant, par endroits, des lunules de peau saine. Le réseau de la nuque se continue avec la roséole maculeuse du dos, celui des faces latérales du cou se continue avec la roséole des régions scapulaires et de la poitrine. Ce réseau montre les mêmes bigarrures, les mêmes trai-

nées qu'on remarque dans la syphilide pigmentaire, arrivée à la période adulte. Notre malade présente ce même réseau « à l'état frais », ayant tous les caractères d'une éruption maculeuse érythémateuse.

En somme, il s'agit d'un réticulum érythémateux circonscrivant des îlots de peau saine. La malade ne nous donne aucun renseignement sur son apparition ; ce qui nous montre comment cette lésion éphémère et fugace passe inaperçue.

La malade est de carnation brune : cheveux bruns, yeux bleus.

Le 14 *janvier*. — Le même réseau a pâli par endroits. Mais il ne persiste pas moins.

Le 16. — Le réseau érythémateux a complètement disparu. Mais à l'endroit occupé par le réseau érythémateux apparaît un réseau légèrement pigmenté.

A eu aujourd'hui sa 2^e injection d'huile grise.

La malade sort de l'hôpital.

Obs. 5. — M^{me} Moir. . . , 24 ans. — Examen le 18 *janvier* 1910 :

A eu une pleurésie en 1890. A été traitée pour de la céphalée en décembre 1909 à Saint-Antoine.

Actuellement, le 18 *janvier*, roséole généralisée, frappant le cou. Céphalée intense. Ponction lombaire.

La roséole remonte au niveau du cou, pour constituer un réseau érythémateux. Elle passe au niveau du dos sans discontinuité. La malade ne nous en donne aucun renseignement.

Le 7 *février*. — Sortie de l'hôpital, la malade revient dans le service de M. Jeanselme. On constate la disparition du réseau érythémateux. Au niveau de la nuque, on remarque des taches jaunes-claires donnant l'aspect du « cou sale ». Les macules de roséoles des autres parties du corps ont pris la même teinte. Cette observation vient à l'appui de l'opinion qui voit dans les taches pigmentaires en réseau une transformation ayant succédé à des taches de roséole.

Obs. 6. — Mar. A. . . , 20 ans. — Examen le 10 *décembre* 1909 :

Chancre syphilitique du col de l'utérus, en octobre 1909. Entre

dans le service de M. Jeanselme avec des plaques muqueuses papulo-érosives et papulo-hyperthrophiques vulvaires qu'on constate dès le 8 novembre 1909.

La roséole occupe le dos, la poitrine et le cou.

Au cou, on remarque de nombreux éléments maculeux érythémateux, irréguliers et non desquamants. Ces taches sont bien des taches de roséole, celles-ci se continuant directement avec la roséole des régions voisines.

On prend un calque de ces éléments de la nuque.

Eléments érythémato-papulo-squameux à l'aisselle droite.

Rien ailleurs qu'un large placard de vitiligo sur le ventre.

A toujours été brune de peau, cheveux et les yeux châains.

Le 16. — Persistance des taches érythémateuses.

La malade sort de l'hôpital.

Le 19 février 1910. — Revient dans le service de M. Jeanselme.

On trouve une syphilide pigmentaire cervicale typique.

Tout le cou est le siège d'un réseau grisâtre, dans les mailles duquel on trouve des îlots de peau saine.

Aucune des lunules « blanches » n'est plissée ou décolorée.

Leurs bords sont diffus.

Le calque montre difficilement l'endroit véritable occupé antérieurement par les éléments érythémateux.

Le 2 mars 1910. — La syphilide pigmentaire est à sa période d'état.

Elle descend dans la région interscapulaire.

Il résulte de ces quatre observations que la transformation érythémato-pigmentaire s'est effectuée :

Dans l'obs. 3 : du 27 janvier au 31 janvier, en 4 jours.

— 4 : du 11 — au 16 — en 5 —

— 5 : du 18 — au 1^{er} février en 14 —

L'obs. 6 ne permet pas de savoir les dates de cette transformation érythémato-pigmentaire.

La transformation érythémato-pigmentaire présente pour la région cervicale une certaine prédilection. On a

donné des explications nombreuses pour déterminer les raisons de cette préférence et sur lesquelles nous allons revenir dans un instant.

D'autres régions du corps peuvent-elles être le siège d'une roséole pouvant subir la transformation érythémato-pigmentaire ?

Obs. 7. — M^{me} H. . . , 24 ans. — A eu la roséole et des plaques muqueuses vulvaires en août 1909.

A ce moment a été mise au traitement mercuriel.

Examen le 11 janvier 1910. — Actuellement roséole floride à larges macules érythémateuses, couvrant tout le corps. C'est une roséole de retour. Sur le cou, il existe un réseau érythémateux à macules confluentes, d'un rose vif et ayant tous les caractères des taches de roséole du reste du corps, avec lesquelles elles se continuent. Il s'agit donc d'une roséole cervicale rappelant, par sa disposition réticulaire, le réseau en dentelle hyperpigmenté de la syphilide pigmentaire.

L'intérêt de cette observation réside dans le fait de l'avoir surprise à ses débuts. On le remarque le 10 janvier 1910.

La malade est brune avec des yeux noirs.

A eu une injection d'huile grise.

Le 15. — Le réseau érythémateux est à peine visible. On ne trouve à sa place qu'une trainée irrégulièrement disposée de taches, dont la teinte est encore indécise. Ceci s'explique si l'on regarde les macules du reste du corps. Leur teinte a perdu la couleur rose-vif que nous avons signalée. Elle est, par ces mêmes éléments, difficiles à caractériser.

Il est à remarquer, en outre, que, au niveau des bras, des avant-bras, de la poitrine, des cuisses, les éléments maculeux sont serrés les uns contre les autres, au point d'arriver à se fusionner. Cette fusion n'a lieu qu'au niveau des deux pôles de chaque macule, ce qui contribue à la formation d'un réseau érythémateux géant, avec intercalation de peau saine entre ses mailles.

C'est ce que nous avons décrit au niveau de la région cervicale de la même malade.

Le 16. — Au cou, le réseau érythémateux s'est entièrement pigmenté. Des trainées grisâtres le remplacent. Les îlots de peau saine ont persisté entre ses mailles : c'est une syphilide pigmentaire typique. Sur le reste du corps, la roséole maculeuse, malgré le traitement mercuriel, persiste et prend, elle aussi, une teinte foncée.

Le 7 février. — Au cou, le réseau grisâtre se dessine nettement. Il est particulièrement distinct sur le côté gauche du cou. Sur le reste du corps, toutes les macules ont conservé leur dimension et sont brunâtres.

La malade sort de l'hôpital.

Obs 8. — Yvonne F..., 20 ans, couturière. — Examen le 15 février 1910. Chancre syphilitique du clitoris en août 1909 qui n'a pas été diagnostiqué.

Alopécie en septembre 1909. Accident à l'œil droit en janvier 1910 (?). Angine pendant quelques jours.

La malade vient consulter pour une métrite blennorrhagique et pour des végétations péri-vulvaires.

Reconnait avoir entretenu des rapports avec un jeune homme syphilitique.

Ce qui fait l'intérêt de cette observation, c'est la présence d'une roséole généralisée avec, au cou, un réseau érythémateux particulièrement visible et qui nous a mis sur la trace de cette syphilis ignorée.

Sur le côté latéral gauche du cou on remarque deux macules pigmentées, horizontalement allongées et qui sont les traces d'une baignoire ayant frotté le cou à cet endroit. Entre ces deux taches artificielles on remarque un réseau érythémateux large de 2 millim., s'anastomosant et conservant entre ses mailles de larges lunules de peau saine.

Un réseau érythémateux identique réside sur le reste du cou, mais beaucoup moins démonstratif.

La malade est en pleine roséole, couvrant, en dehors du cou, la poitrine, le dos, les flancs, le ventre et le haut des cuisses.

Il est intéressant à noter que, au niveau des hanches et de la ceinture, régions fortement soumises à un frottement continuél déterminé par le corset, il existe un réseau érythémateux identique. A cet endroit on remarque sur un emplacement large de la longueur d'un doigt, un réseau donnant à la roséole un aspect circiné, comme on le voit dans la roséole de retour. La circination dessine par places comme des trèfles dont les feuilles seraient représentées par des lunules de peau saine, encerclées par le réseau. Tout le tour du corps, au niveau de l'abdomen et de la région lombaire, garde cet aspect. Il existe, par conséquent, toute une bande ininterrompue, composée par ce large réseau érythémateux, n'encerclant que la région soumise habituellement au frottement du corset.

Ceci est en grand, ce que nous avons remarqué au cou de la malade.

La malade est de carnation brune : les cheveux sont artificiellement blonds (oxygénés), mais châains à leur racine : les yeux marrons. Il n'y a pas de cercle pigmenté péri-orbitaire.

Le 10 mars 1910. — La malade ne revient plus dans le service jusqu'à ce jour. On constate la disparition totale du réseau érythémateux. Celui-ci est remplacé au cou par un réseau grisâtre déterminant une syphilide pigmentaire en évolution.

Au niveau de la ceinture les circinations érythémateuses ainsi que les éléments maculeux, constituant la roséole généralisée décrite, sont en disparition. Mais il n'y a que la ceinture qui est le siège d'un réseau large et continu à traînées grisâtres qui prouvent que la surpigmentation a eu lieu, comme cela est arrivé pour la région cervicale.

Obs. 9. — M^{me} Cl..., 25 ans. — Examen le 10 janvier 1910 :

Chancre syphilitique passé inaperçu

Plaques muqueuses vulvaires Syphilides érythémato-papuleuses en 1909. Actuellement, roséole discrète dans le dos et aux flancs.

Au cou, syphilide pigmentaire typique. N'a jamais remarqué d'éruptions au niveau du cou. Le collier contourne pourtant le cou dans toute sa totalité.

On remarque, en outre, sur les deux flancs, un réseau pigmentaire circonscrivant des îlots de peau saine, irréguliers de forme et ne disparaissant pas par la pression. La malade dit ne les avoir jamais remarqués ; mais a toujours présenté ces deux régions fortement pigmentées, par le continuel usage du corset

Tout autour-il y a de nombreux éléments miliaires.

Le 2 février. — Le réseau du cou et des flancs se pigmente de plus en plus.

Ces trois observations prouvent que d'autres régions que le cou peuvent parfaitement être le siège d'un réseau érythémateux. Tout comme pour la région cervicale, il existe une pareille transformation érythémato-pigmentaire régie par le même mécanisme d'hyperpigmentation.

Les régions fortement pigmentées, comme la ceinture, sont indiscutablement un siège d'élection pour la syphilide pigmentaire.

Obs. 10 (MALHERBE) (?). — Homme 37 ans. Pigmentation frontale : Il s'agit d'un réseau en bandes brunes, délimitant des espaces clairs et descendant sur les joues pour entourer le cou. Taches brunes sur le reste du corps. Ces dernières sont nettement orbiculaires pour la plupart. Elles siègent au niveau des épaules, de l'abdomen et des membres. Elles succèdent à des taches roséoliques primordiales, nettement érythémateuses.

Leur évolution a été suivie :

« Au premier examen, il existait sur les bras, les épaules, des taches typiques de roséole avec leur collerette fine, desquamative (?). Les jours suivants, elles ont pâli et ont pris une teinte brun-clair ou brun-foncé. De plus, ces taches sont restées rebelles

au traitement mercuriel. Ce sont des pigmentations qui succèdent aux éruptions syphilitiques.

Obs. 11 (ROBLIN (?). — Femme, 22 ans. Chancre syphilitique vulvaire. Adénopathie.

A une roséole fugace qui disparaît avec un traitement mercuriel. Première roséole de retour, circonscrite, frappant le cou où elle laisse une hyperpigmentation demi-sale reproduisant la syphilide pigmentaire vraie.

Roblin donne ensuite dans sa thèse 11 observations identiques prouvant clairement la succession de la syphilide pigmentaire vraie à la roséole maculeuse ou circonscrite, occupant le cou ou d'autres régions du corps.

Par conséquent, un pareil réseau érythémateux peut exister ailleurs qu'au cou. Nos observations le montrent au niveau des hanches, de la ceinture ; mais les aisselles, les aines, les plis du coude, les jarrets ne sont pas toujours épargnés. Ces localisations sont exceptionnelles. Il faut les macules larges et serrées de la roséole de retour, il faut aussi à ces régions, comme nous venons de le dire, un état local particulier comme il existe pour la région cervicale, pour que la transformation érythémato-pigmentaire ait lieu.

Nous arrivons à l'étude du mécanisme de l'hyperpigmentation du réseau érythémateux.

Deux questions se posent :

1° *Quels sont les facteurs qui président à la transformation du réseau érythémateux en réseau pigmentaire, et quel est l'état des téguments à son niveau ?*

2° *Quel est l'état des îlots intercalés entre ses mailles ?*

C. — Facteurs qui interviennent dans la transformation du réseau érythémateux.

Nous venons de voir que le réseau érythémateux cervical est identique, au point de vue clinique, à la roséole. C'est la même lésion, avec en plus pour le réseau érythémateux, une confluence des éléments qui n'existe que rarement pour la roséole des régions voisines.

Pour connaître exactement les phénomènes intimes qui président à la transformation érythémato-pigmentaire, il faut connaître l'état des divers tissus et organes qui entrent en jeu, lors de leur altération.

L'examen histologique de la roséole syphilitique a été fait tant pour les éléments maculeux que pour les papules.

Dans la roséole maculeuse, on trouve « d'une part une dilatation des vaisseaux du derme avec tuméfaction de leur endothélium et suffusion cellulaire de leur péri-thélium ; d'autre part, infiltration d'éléments cellulaires dans le derme, dans les papilles, autour des glandes et des follicules pileux. » (Fournier).

D'un autre côté, voici la description que l'éminent histologiste Balzer fait de la structure d'une papule de roséole syphilitique : « amas très dense de cellules, enfoncé sous forme de coin dans la profondeur du derme. Groupement de cet amas *autour des vaisseaux*. Altération de ces vaisseaux déterminant une *endovascularite* et une périvascularite. Les vaisseaux sont le point de départ de l'infiltration cellulaire ; on y trouve des cel-

lules géantes. Cette infiltration arrive au contact de l'épiderme. Les altérations de l'épiderme sont insignifiantes. »

Si nous cherchions quelles sont les altérations des tissus et des organes qui entrent dans la constitution du derme et de l'épiderme, frappés d'une syphilide pigmentaire vraie à sa période d'état, nous trouvons :

« Dans l'épiderme, les cellules cylindriques jusqu'à la couche cornée sont très pigmentées. Il n'y a pas de pigment dans les noyaux. Dans le derme, l'altération des capillaires est frappante et est représentée par un épaissement de l'endothélium. *Il y a par conséquent une endartérite. La thrombose est le terme ultime et constant de son altération.* Autour de cette thrombose vasculaire, il existe une pigmentation abondante. Une grande partie du pigment est intra-cellulaire, une petite partie est extra-cellulaire. Là où il n'y a pas de thrombose, on trouve de l'infiltration des parois vasculaires, avec pigmentation abondante. Dans la couche sous-papillaire, il existe toujours des capillaires thrombosés, mais sans pigmentation ».

« Il n'y a aucune altération vasculaire dans la profondeur du derme. Dans le corps papillaire il n'existe que des cellules migratrices en grand nombre.

« Ces altérations vasculaires ont déjà été décrites par Kaposi et Biesadecky.

« Toutes les parties de la couche sous-papillaire, dont les cellules étaient entourées de pigment abondant avaient leurs vaisseaux capillaires altérés. Les parois des vaisseaux thrombosés étaient très altérées. C'est la lésion de l'endarthère qui a été ordinairement trouvée dans

notre cas de syphilide pigmentaire. On ne remarque pas de lésions du côté des vaisseaux capillaires des papilles, mais on peut les supposer, *vu les nombreux globules rouges disséminés autour des vaisseaux.* »

« Du côté de la couche sous-papillaire, l'examen a montré de l'artérite et de la phlébite. On n'exagérera pas en mettant l'hémorrhagie et la thrombose sur le compte des lésions endartérielles.

Cet examen histologique, remarquable par ses détails et sa justesse d'observation, a été publié en 1887 par Max Bokhart, de Wiesbaden :

Nous avons tenu à la reproduire intégralement, pour bien faire ressortir les éléments qui le distinguaient de ceux que nous avons relatés plus haut, lors de la description classique de l'éminent histologiste M. Balzer, sur la structure de la roséole.

En effet, la lésion primordiale et essentielle dans la roséole *c'est une endartérite* avec suffusion et infiltration périvasculaire. Il n'y a rien autre chose qu'une *enodopériartérite*. C'est toute la lésion.

La syphilide pigmentaire voit ses organes et ses tissus plus profondément altérés. En dehors de l'artérite, les altérations des capillaires aboutissent à *la thrombose*, *les vaisseaux de la couche papillaire sont thrombosés* comme le sont ceux de la couche sous-papillaire. *Il est légitime de se demander si cette particularité anatomo-pathologique ne doit nécessairement pas être le phénomène intime prédominant dans la production de la syphilide pigmentaire réticulaire vraie* ; c'est bien elle qui sera en mesure d'éclaircir le mécanisme de la transformation érythémato-pigmentaire.

Pourquoi les capillaires se bouchent-ils dans certaines régions, comme la région cervicale, siège de prédilection de la syphilide pigmentaire ?

Pourquoi restent-ils, malgré leur altération endothéliale, encore perméables là où l'on n'est pas habitué de voir cette dyschromie ?

La réponse découle de nos observations qui portent sur 200 cas. C'est une explication d'ordre clinique.

On a prétendu que la syphilide pigmentaire ne pouvait pas être considérée comme étant post-éruptive, pour la raison qu'elle n'existe pas là où on trouve le plus souvent la roséole syphilitique, c'est-à-dire aux flancs, à l'abdomen, aux cuisses, à la poitrine et au dos.

L'examen histologique et l'observation clinique vont nous permettre d'essayer de lever cette objection, la plus importante, que les partisans de la syphilide pigmentaire primitive font valoir :

Nous sommes devant une roséole généralisée, avec un réseau érythémateux cervical. L'exanthème syphilitique du dos, des flancs et des cuisses se résorbent au bout d'un certain temps. Aucune trace de son passage n'indique son existence antérieure.

Par contre, le cou, la nuque, les aisselles préparent un réseau grisâtre par pigmentation progressive au point de laisser, comme traces d'une ancienne poussée roséolique, la syphilide pigmentaire classique, avec sa forme réticulaire.

Nous avons cherché dans nos observations et notre éminent maître, M. Jeanselme, a attiré judicieusement notre attention sur *l'état local du cou*, des aisselles, de la nuque, des aines et des jarrets, ayant comme particu-

larité frappante une pigmentation normalement exagérée, distribuée dans ces régions chez certains individus, ceux de carnation brune notamment. Cette pigmentation exagérée *et qui existe normalement*, se caractérise chez les femmes par une bande pigmentée encerclant le cou dans sa totalité avec dépigmentation au niveau de la partie antérieure du cou. A peine décelée chez les blondes, elle est très intense chez les brunes. Le frottement incessant des cols hauts et rugueux, l'action des rayons solaires ou du rayonnement des fours en sont les causes de production. Les aisselles, les aines subissent de même un frottement dû aux vêtements, aux ceintures ou aux garnitures de toutes sortes. Les hanches et la région abdomino-lombaire ont le corset comme cause locale favorisant une surpigmentation normale des téguments.

Toutes ces causes interviennent pour une part importante dans la production immédiate, à l'occasion d'une atteinte microbienne, d'une lésion profonde des capillaires. Cette lésion profonde est la thrombose, ainsi qu'il ressort des recherches de Bokhart.

L'expérience suivante a été tentée par Meïewsky : celui-ci a irradié avec la lampe Fuisen la peau de la face interne du bras chez un homme dont les téguments devenaient bruns pendant l'été. Cette partie ainsi irradiée devenait brune après deux heures d'exposition à la lampe Fuisen. Cette expérience ne serait qu'un exemple banal de pigmentation artificielle. Pourtant son intérêt réside dans le fait que l'expérimentateur, dans le but de rechercher l'origine des pigments cutanés, a recours à l'examen histologique des téguments irradiés.

La biopsie de cet élément artificiellement pigmenté

lui a révélé *l'origine sanguine* des pigments du derme.

On sait en effet que le pigment n'existe pas normalement dans le derme.

D'où vient donc ce pigment, formé en deux heures, sinon des capillaires du derme ?

Ce même processus intervient au niveau des régions cervicale, axillaires ou inguinales où la fonction pigmentaire est toujours en éveil.

Le continuel travail pigmentaire auquel sont exposées ces régions, travail qui a pour but d'imposer aux vaisseaux capillaires de fournir le pigment nécessaire à la défense locale (Darier) contre les injures continuelles venues de l'extérieur, n'est-ce pas là une cause d'affaiblissement non douteux qui frappe tout un système capillaire ? un exemple typique de diminution dans la résistance de leurs parois éprouvées ? La région thoracique ou abdominale possède un derme avec une couche papillaire à capillaires solides. Vienne le tréponème. Il ne détermine à cet endroit qu'une endopériarthrite, qui guérit rapidement, mais ne détermine jamais de thrombose.

Il n'en est pas de même, pour les régions du cou, de la nuque, des aisselles, régions dont l'appareil pigmentaire fut longuement surmené. Il résistera donc peu devant le tréponème. Les capillaires de ces régions fléchiront jusqu'à leur dernier degré de faiblesse, d'où la thrombose (1).

En somme, dans la production de la syphilide pigmentaire vraie, on est en droit d'attribuer une large part aux lésions profondes des vaisseaux du derme, à la *thrombose*

vasculaire. Celle-ci n'est l'apanage que des régions soumises antérieurement à des causes habituelles de pigmentation exagérées et n'existe par conséquent pas ailleurs.

Une autre question se pose : *A quel titre cette thrombose peut-elle intervenir dans la transformation érythémato-pigmentaire ?*

Lorsqu'il y a dilatation vasculaire et vascularite en un point quelconque, la circulation du sang est diminuée, mais n'est nullement arrêtée. Dans la roséole des régions non pigmentées normalement (dos, poitrine, flancs...), les auteurs ont constaté, à côté de cette vascularite, une dilatation avec stase sanguine, d'où suffusion cellulaire ; celle-ci disparaissant au bout d'un temps variable suivant le cas, sans laisser derrière elle aucun vestige révélant son passage. Ceci est expliqué par la résorption par les mêmes vaisseaux des éléments du sang transvasés.

Certes, cette résorption ne peut pas exister là où les capillaires se sont thrombosés. La dilatation des capillaires y a déterminé une stase sanguine identique, la stase a entraîné la même suffusion et infiltration péri-vasculaire ; *mais dans les régions cervicale, axillaires ou inguinales il y a en plus un élément local grave, la thrombose vasculaire, empêchant toute résorption des hématies*. Par conséquent, cette résorption y est compromise du fait que la thrombose a fermé son passage aux

(1) Nous croyons que ce point de pathogénie de la syphilide pigmentaire mérite des recherches spéciales. Cette lacune nous impose les plus grandes réserves.

hématies transvasées. Dans son travail du Monatshefte de 1887, Bokhart ajoutait que « la résorption rapide du pigment n'est le fait que de celui emprisonné dans les cellules exsudatives (Exudat zellen), tandis que le pigment inclus dans les couches cellulaires du derme (Bindegewebsskorperchen) est persistant *pour toujours ou pour longtemps* ».

Il se trouve donc que les hématies doivent occuper indéfiniment les couches cellulaires environnantes.

Bokhart explique ainsi le développement intime de la syphilide pigmentaire — interprétation inspirée par ses nombreuses biopsies :

Obs. 12 (BOKHARDT). — « Il s'agissait d'une jeune femme de 20 ans et syphilitique, observée à la clinique de Gerhardt.

Cette malade a vu apparaître sur tout le corps ainsi qu'au niveau du cou, des taches pigmentaires de la dimension d'une lentille. Ces taches n'ont pas cédé au traitement mercuriel. Ces taches, d'une coloration brunâtre, ont succédé à d'autres taches de couleur rouge et ayant eu tous les caractères de la roséole.

Voici comment on se figure le développement de notre syphilide pigmentaire : d'abord, sous l'influence du virus syphilitique, il se fait une altération des vaisseaux capillaires du niveau des papilles ainsi que au niveau de la couche sous-papillaire. Le tout se rapproche du tableau de la roséole syphilitique fraîche par l'hyperhémie et par la dilatation des vaisseaux avec la diapédèse des globules blancs. Plus tard, il se fait des transformations plus profondes dans l'endothélium des vaisseaux qu'on peut interpréter comme de l'endartérite ou pour de l'endophlébite. L'altération peut s'arrêter à ce stade mais d'autres vaisseaux peuvent aussi permettre la diapédèse des globules rouges (hémorrhagie par diapédèse).

« ... A ce moment, les taches de roséole de notre malade ont

pris la coloration jambonnée des taches syphilitiques anciennes. A une période plus avancée de la maladie, les vaisseaux de la couche sous-papillaire *se thrombosent* dans la région de chaque tache de roséole. *Ce n'est que là où les éléments du sang ont diffusé en grande quantité des vaisseaux thrombosés, que les taches de roséole sont devenues de coloration brun-foncé, par la transformation de ces éléments transvasés en pigment brun.*

« D'après les dires de la malade, cette transformation *s'est effectuée rapidement.* »

Il est intéressant d'étudier le sort de ces hématies laissées au milieu des tissus qu'elles doivent assurément encombrer inutilement. D'après les recherches de Bokhart, il résulte que les globules rouges, transvasés dans les tissus du derme « grâce à la porosité particulière des petits vaisseaux », se détruisent en se transformant en pigments bruns ou jaunes (hémotidérine, rubigine) suivant la faculté de production de l'un ou l'autre pigment. C'est uniquement dans cet état qu'ils sont tolérés dans le derme, les pigments n'y existant pas normalement. Ils sont toujours intracellulaires (Darier).

Logés d'abord autour des vaisseaux, ils ne tardent pas à être recueillis par les cellules migratrices (Aeby) (cellules mésodermiques d'Ehrmann) (34).

Ce sont donc ces pigments, vestiges des hématies transvasés, qui se chargent de colorer les régions de la peau qui étaient antérieurement le siège du réseau érythémateux. On ne trouvera donc pas de pigment dans les lunules de peau encadrées antérieurement par le réseau érythémateux.

Le dépôt pigmentaire est calqué sur le tracé en réseau ou en dentelle du réseau érythémateux antérieur.

La distribution topographique des vaisseaux de la

peau explique parfaitement la disposition aérolaire de la syphilide pigmentaire.

D'après Darier, aux lunules de peau saine correspondraient des cônes vasculaires à irrigation directe, tandis que pour les parties intermédiaires il existe un réseau anastomotique. Ce serait ce dernier qui serait lésé en cas de roséole syphilitique cervicale (Darier).

Double distribution des vaisseaux cutanés, désordre complet dans le fonctionnement de l'appareil pigmentaire, tout cela explique, dans une certaine mesure, la disposition réticulaire si curieuse de la roséole et de la syphilide pigmentaire du cou.

En somme, les lésions vasculaires aboutissent à la thrombose définitive dans les régions où la fonction pigmentaire a été tenue à une activité permanente d'ordre local. De ce fait, la résorption des éléments du sang se trouve en défaut, d'où nécessité pour eux de subir la transformation pigmentaire. Celle-ci s'effectue suivant une disposition réticulaire que lui imposent les vaisseaux appartenant au territoire du réseau érythémateux.

La présence intracellulaire des pigments constitue, d'après Bokhart, une difficulté nouvelle à sa résorption. Il en résulte que la disparition de la syphilide pigmentaire n'a lieu qu'à longue échéance.

D. — Les îlots encadrés par le réseau érythémateux et par le réseau pigmentaire consécutif, sont ils constitués par de la peau saine ?

D'après ce que nous venons de dire, il résulte que la lésion, dans la syphilide pigmentaire vraie, est repré-

sentée par l'*hyperpigmentation*. La lésion est en activité pendant sa période érythémateuse. Elle est en réparation pendant toute sa période d'hyperpigmentation.

Il résulte de ces considérations que les îlots cutanés, emprisonnés dans les mailles du réseau érythémateux et hyperpigmenté, sont indemnes de toute altération.

Ce fait a été amplement démontré cliniquement par le professeur Fournier et histologiquement par Tanturri (132).

La peau est lisse, sans plis, sans vergetures, ayant conservé son épaisseur et son élasticité. Considéré toujours isolément, cet îlot ne se délimite que très mal à notre vue, ses bords étant d'une grande irrégularité.

La couleur est celle de la peau normale avoisinant la syphilide pigmentaire et si elle paraît plus claire, décolorée même, c'est par contraste ou par opposition de couleur.

L'achromie, dans la syphilide pigmentaire vraie, typique, est illusoire, apparente. Cette décoloration est impossible pour les îlots intercalés au réseau érythémateux ou pigmentaire, ceux-là n'ayant subi aucune altération histologique.

A leur niveau, les poils follets ont la même coloration et la même dimension qu'au niveau de toute autre région du corps. Le professeur Fournier a indiqué un moyen ingénieux pour s'assurer que les îlots ont conservé les caractères des téguments sains. Il applique sur la région du cou et de la poitrine un carton à deux trous de même dimension, dont un correspond à des îlots clairs. C'est ainsi qu'apparaissent à notre vue, indépendamment de toute influence de voisinage imprimée par l'encadrement

foncé du réseau, deux régions de peau identiques comme aspect et couleur. Mais ce moyen a paru peu rigoureux à beaucoup d'observateurs.

L'anatomie pathologique offre des ressources bien plus précieuses pour la démonstration définitive de ce point.

Ronchi (de Naples) a pratiqué une biopsie chez deux malades atteints de syphilide pigmentaire.

Voici le résultat de ses recherches :

Examen microscopique d'une lunule de peau non pigmentée : couche cornée normale ; le stratum lucidum normal ; le stratum filamentosum sans modification ; le stratum germinativum présente des cellules qui ne sont pas toutes également pigmentées ; accumulation de pigment en amas.

Le derme présente un nombre abondant de granulations amorphes de grandeur variable, jaune-brun, distribuées irrégulièrement, ramassées ou dispersées. Elles sont en grande partie au niveau des régions sous-papillaires et au voisinage du revêtement épithélial.

Les vaisseaux du derme sont normaux. Aucune infiltration périvasculaire, aucune altération endothéliale, aucune modification de la lumière des vaisseaux.

« La peau se présente normalement pigmentée dans toute la coupe ».

D'un autre côté Tanturri a compté la quantité approximative de pigment contenu dans ces « îlots clairs ». Ses résultats sont pleinement confirmatifs à ce point de vue puisqu'il « constate autant de pigment qu'à l'état normal dans les parties qui, suivant Bazin, en seraient dépourvues ».

Les recherches anatomo-pathologiques de Ronchi (118),

d'une part, celle de Tantarri ainsi que les considérations d'ordre expérimental de Fournier d'autre part, suffisent pour prouver que les îlots circonscrits par le réseau hyperpigmenté sont constitués par de la peau saine.

Il est ainsi surabondamment prouvé que la peau intercalée dans le réseau pigmenté d'une syphilide pigmentaire est en tout point identique à celle des régions environnantes non touchées par cette dyschromie.

§ 2. — Les conditions de formation de la syphilide pigmentaire.

Armés des faits que nous venons d'exposer au chapitre précédent, nous pouvons conclure, avec Thibierge, à la succession *in situ* de la syphilide pigmentaire à la roséole cervicale.

La présence de la roséole cervicale est, par conséquent, une condition indispensable pour la formation de la syphilide pigmentaire vraie. Et c'est par son réseau érythémateux qu'elle contribue à la formation de ses aréoles et de ses bigarrures élégantes. Quelle intervention autre que celle de la roséole syphilitique, dont les macules confluentes sont jetées au hasard de leur distribution, pourrait expliquer ce qui paraît si mystérieux dans la syphilide pigmentaire ?

Nous avons déjà dit que la roséole ne laissait, au milieu de la poitrine, du dos et des membres, aucune trace de son passage antérieur. C'est bien cet argument qui a servi pour démontrer l'existence de la syphilide pigmentaire vraie apparaissant sans éruption antérieure préalable.

Nous avons encore dit que les altérations intimes des téguments frappés de roséole syphilitique et de syphilide pigmentaire pouvaient être susceptibles d'expliquer pourquoi la transformation érythémato-pigmentaire n'a pas lieu partout. Cette anomalie peut s'expliquer parfaitement par une cause locale prédisposante. Fixé sur les capillaires superficiels, le tréponème pâle détermine de l'artérite au milieu des régions normalement pigmentées, de la thrombose avec rétention des éléments du sang dans les tissus péri-vasculaires, au niveau des régions normalement hyperpigmentées. Ces régions sont toutes celles du territoire cutané qui, sous une influence locale quelconque, se trouvent, au moment de l'infection syphilitique, hyperpigmentées d'elles-mêmes.

N'importe quelle région peut devenir le siège d'une accumulation de pigment anormale. Mais, dans la majorité des cas, *c'est toujours le cou*, cette région soumise au frottement des vêtements ou largement exposée aux rayons solaires, qui sera le plus pigmenté normalement. Cette pigmentation se fait sous la forme d'une large nappe chez les femmes, la totalité du cou étant soumise au frottement du col ou exposée librement à l'air. Chez les hommes, cette pigmentation se réduit à une double bande grisâtre correspondant aux deux bords rugueux du faux-col.

Vient après, la ceinture chez les femmes qui portent le corset, les aisselles, les plis du coude et les jarrets. Darier voit dans ces phénomènes de pigmentation mécanique une réaction locale de défense.

L'irritation locale, capable de provoquer cette hyperpigmentation de défense, est indifférente. Les agents

physiques (chaleur, lumière, les rayons électriques) peuvent la déterminer aussi bien que les agents chimiques (caustique, rubéfiant) ou les agents mécaniques (frottement dû aux vêtements, au corset ou au bandage).

Ces irritations locales prolongées entraînent une diminution dans la résistance des capillaires lors de l'arrivée du tréponème. Celui-ci pour y déterminer d'emblée une thrombose doit certainement trouver les vaisseaux surmenés. Ce fait n'existe pas en effet pour les capillaires des régions n'ayant subi aucune irritation locale antérieure. Les deux examens histologiques que nous avons reproduits d'après Balzer et Bokhart en font foi.

Il était intéressant d'étudier sur un grand nombre de malades, le terrain individuel sur lequel s'implante notre singulière dyschromie.

En analysant les observations (que nous publierons plus loin), on voit qu'il y a un rapport évident entre la carnation brune de l'individu et la présence et l'intensité de la syphilide pigmentaire vraie. Nous entendons par carnation brune, un état particulier se manifestant par la faculté spéciale qu'ont certains individus de fabriquer le pigment en abondance. Très pigmentés de peau, ils ont les cheveux bruns ou châains, les sourcils et les cils, les follets et les poils de même couleur. Certains d'entre eux portent autour des yeux la paire de lunettes orbitaire qu'on remarque chez les cholémiques. Quelquefois ils sont porteurs de taches pigmentaires congénitales (nævi) ou acquises (lentigo, vitiligo, etc...).

Le tableau suivant indiquera quelle est la prédilection de la syphilide pigmentaire pour les individus de carnation brune :

SYPHILIDE PIGMENTAIRE	CARNATION	
	Brune.	Blonde.
Sur 36 hommes	31	5
Sur 69 femmes.....	63	6

Ce sont par conséquent chez les châains et chez les bruns qu'on remarque surtout la syphilide pigmentaire vraie.

Toutefois, les individus de carnation blonde n'en sont pas exempts. Leur nombre est de beaucoup inférieur à ceux de carnation brune. Sur 36 hommes, ayant la syphilide pigmentaire, on ne trouve que cinq blonds (1). La proportion est moindre pour la femme, puisque sur 72 cas de syphilide pigmentaire féminine, nous n'en avons trouvé que 6 appartenant à la carnation blonde (2).

Parmi ces cas, nous nous permettons de reproduire une observation, intéressante par le fait du développement d'une syphilide pigmentaire à extension anormale chez une femme de carnation blonde :

Obs. 13. — Blanche M..., 21 ans. — Examen le 21 avril 1910: Plaques muqueuses périanales depuis le mois de juin 1908.

A la même époque, angine ayant duré une huitaine de jours. La malade a eu de la céphalée, mais n'a pas remarqué de roséole. Le diagnostic de syphilis fut fait à Saint-Lazare, où l'on mit la malade aux injections d'huile grise. A eu deux séries de piqures.

Actuellement, la malade présente des plaques érosives au niveau de l'ombilic. On remarque au niveau de la vulve, sur la lèvre droite, deux éléments papuleux. Mais il est difficile de savoir s'il s'agit d'une folliculite de nature gonococcique ou de deux plaques

(1) Voir les observations : 202, 204, 209, 226 et 234.

(2) Voir les observations : 7, 45, 46, 47, 64, 68 et 72.

papulo-hypertrophiques. A la région périanale, on constate les vestiges de plaques périanales.

Ce qui fait l'intérêt de cette observation, c'est la présence d'une syphilide pigmentaire vraie typique à extension anormale. Elle entoure le cou dans toute sa totalité.

Il s'agit d'un réseau de teinte jaune claire, comme on le voit chez les individus de carnation blonde, encadrant dans ses mailles de nombreux îlots de peau saine. Aucun d'entre eux n'est achromique ou déprimé. Cette dyschromie s'arrête en avant du cou, au niveau des régions sus-claviculaires ; en arrière, par contre, elle descend dans la fosse interscapulaire, pour s'arrêter sur une ligne qui correspond aux angles inférieurs des omoplates.

On découvre un même réseau, à larges mailles, sur toute l'étendue de l'abdomen. La syphilide pigmentaire s'étend sur les deux flancs, couvre toute la région péri-ombilicale en remontant jusqu'aux deux seins. Les régions inguinales constituent, en bas, la limite inférieure. Cette dyschromie s'étend en outre sur toute la région dorso-lombo-sacrée. Cette dyschromie enveloppe ainsi toute la ceinture.

La malade affirme avoir remarqué « le collier » vers le mois de novembre 1909 ; mais n'a aucun souvenir sur l'apparition de la syphilide pigmentaire des autres régions du corps.

La malade n'a jamais eu de grossesse ; n'a eu aucun retard de règles, et n'a fait aucune fausse couche. En outre, la malade n'a suivi aucun traitement arsénical. Mais on apprend que la malade a eu la gale vers le 25 décembre 1909, et a été frottée 3 fois : une première fois vers le 1^{er} février 1910 à Saint-Lazare, et deux fois de suite vers la fin février 1910, à l'hôpital Saint-Louis. La frotte portait sur les régions abdominale, thoracique et dorso-lombaire. Le cou n'a jamais été atteint par la frotte. Il résulte d'ailleurs des affirmations de la malade que la syphilide pigmentaire cervicale était antérieure à l'époque d'apparition de la gale. Mais la malade ne peut se rappeler la date d'apparition du réseau pigmenté de l'abdomen.

Il est intéressant de constater que cette malade est de *carnation blonde* : les cheveux sont châtains-clairs, les cils et les sourcils

sont de même nuance ; les yeux sont bleus ; les régions palpébrales et orbitaires ne sont pas hyperpigmentées.

On constate en revanche, de nombreuses taches de rousseur, et quelques taches de lentigo sur la figure. Présente en outre, sur la région iliaque droite, un élément large de la dimension d'une pièce de 2 francs et qui est un *nævus pigmenté congénital*.

Il s'agit par conséquent d'une syphilide pigmentaire s'étant généralisée, à la suite de trois frottes nécessitées par la gale, et prenant la teinte jaune claire, comme on a l'habitude de la rencontrer chez les individus de carnation blonde.

Ces observations ne sont pas nombreuses, et il ne reste pas moins vrai que la syphilide pigmentaire atteint plutôt les individus appartenant à la carnation brune.

Cette influence de la carnation brune de l'individu, n'a pas échappé aux observateurs expérimentés, comme Maireau, qui invoquait « l'influence des frottements par le col » pour l'expliquer. Semen, dans sa thèse inaugurale, publie 54 observations de syphilide pigmentaire et note la coloration du teint. Il a noté trente fois le teint châtain-brun. Beaucoup plus important à noter sont les remarques de Pœchen qui « a été frappé de la peau surpigmentée » des individus porteurs de syphilide pigmentaire. Il a examiné le cou de 490 malades. Et il n'a trouvé que « 9 cas où le cou fût non pigmenté ».

Dans les pays ensoleillés, comme l'Italie et l'Espagne, dans les départements ouvriers comme la Westphalie ou le Nord de la France, à usines surchauffantes, on a constaté une proportion très élevée de syphilides pigmentaires en comparaison avec les pays de carnation blonde, comme l'Allemagne et l'Autriche. Pendant longtemps la syphilide pigmentaire y a été ignorée tota-

lement, et Kaposi, qui ne l'a jamais observée, la considérait comme une invention de l'imagination.

Les huit malades qui ont servi à Ronchi (118), pour son étude sur la syphilide pigmentaire, en 1906, ont tous présenté la peau très pigmentée, ce qui n'est pas étonnant pour les individus de race italienne.

A Lille, d'après Leloir (39) et son élève de Fisson, la syphilide pigmentaire serait d'une grande fréquence. Leur statistique donne dix pour 215 cas. Il s'agissait d'ouvriers de fabrique exposés à une température élevée.

Neisser (98), soutient que la syphilide pigmentaire est « fréquente chez les bruns, chez les boulangers et chez les forgerons », et Unna prétend « que cette dyschromie n'apparaît jamais sur peau non pigmentée auparavant ».

Rey et Chalençon, d'autre part, l'ont décrite chez les indigènes d'Algérie et donnent une proportion de 16 sur 55 acs.

Hazard (68) donne la proportion de 12 sur 45 cas chez les Espagnols et Italiens.

On trouve en outre dans la thèse de Barcat deux observations dont une, due à Ehrmann, est intéressante :

Obs. 14. (EHRMANN). — Il s'agissait d'un déchargeur de bateaux, travaillant nu jusqu'à la ceinture. A l'occasion d'une syphilis secondaire, ce malade a présenté une syphilide pigmentaire du cou, du dos et du tronc, régions hyperpigmentées normalement par exposition au soleil et pigmentation consécutive.

Obs. 15 (BARCAT). — Barcat cite dans sa thèse, l'observation d'une femme de 23 ans, qui a présenté au déclin de sa roséole syphilitique, une syphilide pigmentaire typique au-devant de la poitrine, là où la malade avait mis, quelques jours auparavant, un vésicatoire.

A ces deux observations nous ajouterons une personnelle.

Obs. 16. — M^{me} F. ., âgée de 48 ans. Travaille aux champs.

A présenté en 1908, un chancre syphilitique vulvaire. A eu une roséole au niveau du cou, du dos et de la poitrine.

La malade arrive à l'hôpital Broca en janvier 1910 où l'on constate une syphilide pigmentaire typique encerclant le cou dans toute sa totalité et descendant en arrière, jusqu'au niveau de la quatrième vertèbre dorsale ; en avant jusqu'au niveau des deuxièmes espaces intercostaux réunis. La limite de la syphilide pigmentaire, en arrière comme en avant, est brusque et disposée suivant une ligne courbe à concavité supérieure.

L'interrogatoire de la malade nous apprend qu'elle était occupée aux champs depuis longtemps, qu'elle a toujours, de ce fait, présenté cette région hyperpigmentée et que, pendant le travail, la malade ne portait qu'une flanelle largement ouverte en avant et en arrière. Les bords de cette flanelle correspondaient exactement au tracé hyperpigmenté.

Il s'agit donc, chez cette malade, d'une pigmentation anormale déterminée par les rayons solaires probablement et qui a contribué à fixer, lors de l'infection syphilitique, la syphilide pigmentaire aux mêmes endroits.

La malade a eu en outre une phthiriasé qui a laissé des cicatrices d'anciennes papules prurigineuses au niveau des régions scapulaires, déterminant à cet endroit seulement, une fausse syphilide pigmentaire.

Cette observation est intéressante par ce fait que la roséole syphilitique s'est résorbée partout excepté les régions où il existait une hyperpigmentation antérieure.

Dans ces dernières années, l'éminent professeur Gilbert, Lereboullet et Michel (96) ont montré que la cholestémie était manifestement l'origine de nombreuses mélanodermies. Ces auteurs se sont même demandé « si la

cholémie ne pouvait pas jouer un rôle dans la production de la syphilide pigmentaire vraie survenant particulièrement chez les jeunes femmes brunes.

Nous devons à notre éminent maître, M. Jeanselme, l'observation suivante :

Obs 17 (JEANSELME). — M^{me} Agathe C..., 33 ans, modiste. — Examen le 22 décembre 1909 :

Syphilis papuleuse, fin octobre 1908.

A cette date, je remarque la syphilide pigmentaire du cou.

Actuellement, c'est une forme typique très développée, réseau pigmenté encadrant dans ses mailles des aires « blanches » à contour capricieux et déchiqueté.

Quand on fait une friction, il semble que la peau devient plus rose au niveau des cordons pigmentés qu'au niveau des aires blanches et, du reste, dans ces cordons on voit à l'œil nu et mieux à la loupe de nombreux capillaires dilatés.

Du reste, sur toute la partie supérieure du tronc et surtout en arrière au niveau de la racine du cou, il existe de nombreuses ectasies vasculaires, dans les points qui ne sont pas pigmentés.

A la partie antérieure des aisselles, qui sont estompées de bistre, on voit une syphilide pigmentaire ébauchée.

Au niveau de la saignée des bras, qui est fort pigmentée, ne se détache aucune aire incolore.

Pas traces de syphilide pigmentaire sur aucune autre partie du corps. C'est une femme de carnation brune, dont les cheveux, les cils, les sourcils sont bruns. Sur le fond du visage qui est très mat, se détachent de nombreuses éphélides. Les paupières sont anormalement bistrées, reproduisant ainsi la paire de lunettes orbitaire qu'on a l'habitude de remarquer chez les sujets cholémiques.

Les iris sont de couleur gris-brun.

Il résulte de ce que nous venons de voir, que la syphilide pigmentaire exige trois conditions inséparables pour sa production :

Une cause primordiale, déterminante, *le tréponème pâle*, celui-ci entraînant, à l'occasion de la syphilis secondaire, *la roséole cervicale*.

Et une cause nécessairement indispensable : *la carnation brune de l'individu*.

Nos observations (p. 95) sont démonstratives à ce sujet, étant donné que presque tous nos sujets étaient pigmentés de peau, avaient les cheveux bruns ou châtain, les yeux de même couleur ou à peu près. Dans quelques cas, nous les avons trouvés possédant des éphélides disséminées, des taches de lentigo, des naevi congénitaux, sources pigmentaires indiquant que la fonction pigmentaire était en activité exagérée. Ajoutons que le genre de vie de nos malades, pour la plupart exposés, de par leur profession, à une surpigmentation intense, doit entrer en ligne de compte lors de la détermination exacte de chacune des causes prédisposantes. En effet, la majorité de nos malades « fortement pigmentés » était recrutée parmi les cuisinières, filles de champs, forgerons, cuisiniers, boulangers, débardeurs, mariniers ou charretiers.

Comment expliquer alors les affirmations de M. Baudoin (10), qui soutient, dans l'Iconographie de l'hôpital Saint-Louis, que des individus ayant la syphilide pigmentaire sont de carnation blonde ?

Quant aux affirmations de M. Thibierge, qui a toujours noté, dans les observations sur la syphilide pigmentaire, les cheveux blonds et châains-clairs (129), nous savons que cet éminent dermatologiste de l'hôpital Saint-Louis, a accumulé sous le nom de méta et péri-syphilide pigmentaire, un certain nombre d'observations apparte-

nant à une variété rappelant par tous ses caractères, la leuco-mélanodermie syphilitique de Gaucher. Comme telles, les observations de M. Thibierge n'ont rien à voir avec ce que nous avons décrit sous le nom de syphilide pigmentaire vraie post-érythémateuse.

§ 3.— Discussion pathogénique.

1° La syphilide pigmentaire est-elle primitive ? —

Le professeur Fournier et ses collaborateurs distingués, Barthélemy, Brocq et Darier ont soutenu avec leur haute autorité la théorie de l'apparition d'emblée de la syphilide pigmentaire vraie.

Les considérations que nous venons d'exposer sur les conditions de formation de la syphilide pigmentaire vraie ne concordent pas avec leurs conclusions. Nous y avons été amenés, après mûre réflexion, et non sans avoir apprécié la valeur des arguments qui étayaient la thèse de ces illustres maîtres.

D'après le professeur Fournier, le caractère spontané de la syphilide pigmentaire serait prouvé par trois arguments : « Il serait inutile de m'arrêter, dit le professeur Fournier, à réfuter la vieille doctrine d'après laquelle la syphilide pigmentaire ne serait que « le vestige, le reliquat de syphilides d'autre nature ». Bien qu'elle compte encore, paraît-il, quelques partisans, cette opération ne soutient pas l'analyse. Trois raisons le condamnent absolument, savoir :

« I. — La non existence de syphilides se circonscrivant au cou en y affectant une topographie symétrique,

en collier. Qui a jamais vu des syphilides de cette localisation, des syphilides en collier ?

« II. — Témoignage précis des malades, unanimes à affirmer que leurs taches du cou se sont produites d'emblée.

« III. — Cas nombreux où des médecins ont assisté à l'éclosion ou à la constitution de cette syphilide pigmentaire *ab ovo* sans éruption.

« Cela est formel et clôt la discussion ». Fournier.

Il nous semble pourtant difficile de faire abstraction de la roséole cervicale, amplement démontrée et ayant depuis longtemps pris place honorable à côté de toutes les syphilides existantes de la période secondaire. Nous croyons avoir suffisamment prouvé son existence et déterminé ses caractères.

Après les travaux si remarquables de l'éminent professeur Gaucher, personne ne peut contester aujourd'hui l'existence de la leucomélanodermie post-éruptive consécutive aux syphilides érythémato-papuleuses, érythémato-papuloso-squameuses ou croûteuses si fréquemment disséminées sur tout le tégument, y compris le cou. Ces syphilides frappent la nuque aussi bien que les parties latérales du cou et aussi souvent que les autres régions.

Certes, ces éruptions papuleuses ne sont pas confluentes et personne n'a prétendu qu'elles déterminaient la syphilide pigmentaire réticulée, en dentelle. Elles ont une évolution spéciale qui aboutit à une syphilide pigmentaire atypique ou fausse syphilide pigmentaire, toute différente de la syphilide pigmentaire vraie, comme nous le verrons au chapitre des fausses syphilides pigmentaires.

Nous venons de voir que la roséole cervicale se comportait tout autrement. Celle-ci, lorsqu'elle se présente à l'état maculeux, détermine un *réseau érythémateux* dont nous connaissons les caractères, au nombre de trois, à savoir : la teinte érythémateuse, la confusion des éléments, d'où formation d'un réseau, et sa durée éphémère et fugace.

On peut par conséquent définitivement admettre l'existence d'une lésion antérieure qui est une hyperhémie. Très légère, discrète, elle exige une recherche attentive.

Et on ne doit pas oublier que les éruptions maculeuses surtout augmentent de teinte à mesure qu'elles se localisent dans le train inférieur, par suite de la stase sanguine qui, minime au niveau de la région céphalo-cervico-thoracique, est très exagérée au niveau du train inférieur, abdomen ou membres inférieurs.

Ainsi une macule de roséole syphilitique sera d'une teinte rose-vif, jambonnée au niveau du train inférieur, rose-franc au niveau du tronc et *rose-pâle au niveau du cou* et de la région céphalique. Ceci rend la roséole cervicale difficilement observable. Un examen attentif montrera encore une confluence de ses éléments, constituant une syphilide érythémateuse « en collier », *véritable schéma d'une syphilide pigmentaire*.

La roséole cervicale peut encore, à raison de son extrême fugacité, échapper à l'attention du médecin.

Quant au malade, il l'ignorera d'autant plus qu'elle n'est accompagnée d'aucune sensation subjective. Il ne pourra donc pas la signaler au médecin et répondra plus tard par la négative aux questions de celui-ci, ayant

trait aux antécédents érythémateux de la syphilide pigmentaire.

L'observation de cette lésion discrète et éphémère ne sera possible que chez les hospitalisés vus quotidiennement.

Si le témoignage des malades affirmant que leurs taches du cou se sont produites d'emblée pourrait avoir quelque valeur aux yeux de l'homme de science, on serait aussi bien conduit à admettre que les manifestations syphilitiques secondaires ont un caractère spontané, puisque très souvent l'accident primaire passe inaperçu pour le malade. Et pourtant le chancre syphilitique est une lésion qui s'impose autrement à l'attention qu'une légère hyperhémie du cou. « Un bouton qui ne fait pas souffrir passe fatalement inaperçu », disait le professeur Fournier (41). N'en serait-il pas, *à fortiori*, de même pour un réseau faiblement érythémateux et très fugace ?

Il nous est rarement arrivé dans nos recherches de trouver des malades qui se soient rendues compte qu'elles avaient des taches au cou. Et il s'agissait de la syphilide pigmentaire bien caractérisée qui est autrement visible que le simple réseau érythémateux. Il est probable que si les malades n'avaient pas été averties par nous, jamais elles ne se seraient doutées qu'elles avaient eu quelque pigmentation du cou.

De cette ignorance des sujets atteints les partisans de la syphilide pigmentaire primitive tirent un de leurs principaux arguments.

Le fait d'avoir surpris un certain nombre de syphilides pigmentaires à leur phase première, d'avoir vu évoluer

cette dyschromie depuis le stade érythémateux jusqu'à la période adulte, nous autorise à supposer l'existence d'un réseau érythémateux, fugace et difficilement observable, pour chaque cas de syphilide pigmentaire vraie, typique, vu à sa période d'état.

Nous n'avons aucunement la prétention de dire qu'il a été vu par nous dans tous les cas de syphilide pigmentaire vraie, mais il nous semble, pour les raisons exposées, que jamais généralisation n'a été plus légitime, que dans le cas qui nous occupe.

Nous savons bien combien il faut être prudent, en science, en matière de généralisation. Nous sommes tenus, dans le cas présent, à une réserve d'autant plus grande que nos conclusions sont en discordance avec celles des maîtres les plus incontestables de la syphiligraphie. Nous nous rendons compte que dans ces conditions notre argumentation risque de mériter le reproche d'être... suffisante.

2° La théorie nerveuse. — Elle a réuni autour d'elle de nombreux partisans et non des moindres. Renault croit à un ébranlement nerveux. Unna et Fournier pensent à un trouble des centres médullaires. En tout les cas, « la syphilis éveille chez la femme la susceptibilité du système nerveux. » (Fournier).

La lésion siègerait, d'après Finger, de Fisson (39), au niveau des troncs périphériques du système nerveux.

Lewin (89) va beaucoup plus loin en faisant l'hypothèse d'une vague paralysie de certains centres nerveux, tenant sous leur dépendance les mouvements du pigment.

Mais voici Brissaud et Souques (15) qui ont mis la

syphilide pigmentaire sous la dépendance de la métamérie spinale. « La syphilide pigmentaire, disent-ils, affecte des rapports étroits avec le système nerveux central et radiculaire et la topographie cervicale ou ultracervicale de l'éruption est superposable à la distribution cutanée soit des myélonières, soit des rhyzomères. » Ces auteurs avouent toutefois que « nos connaissances sur les métameries spéciales sont rudimentaires », et trouvent à la syphilide pigmentaire une symétrie pouvant expliquer cette influence.

Quand au syndrome de Tavand, qui réunit la syphilide pigmentaire à la paralysie faciale et à la lymphocytose du liquide céphalo-rachidien, on peut dire qu'il constitue plutôt un agencement artificiel de trois faits sans aucune relation entre eux, qu'une existence clinique réelle.

Ravaut (107) a bien recueilli quelques observations de syphilide pigmentaire accompagnée de lymphocytose du liquide céphalo-rachidien. D'après nous, ce phénomène ne peut pas prouver l'origine nerveuse de la syphilide pigmentaire. Cette réaction peut nous donner une idée sur l'état du système nerveux central, qui est toujours atteint dans la syphilis, qu'elle ait ou non une dyschromie cervicale à son actif.

Pour notre éminent maître, M. Darier, les cas de syphilide pigmentaire qui n'ont pas été précédés d'une roséole antérieure pourraient être mis sur le compte d'une lésion frappant le grand sympathique. Cette conception nous conduit à la théorie surrénale.

L'absence de toute preuve matérielle pouvant établir une relation entre le système nerveux et la syphilide

pigmentaire, l'existence de nombreuses syphilides pigmentaires localisées, donnant ainsi à la lésion une disposition asymétrique, la superposition indubitable du réseau hyperpigmenté au département vasculaire d'irrigation directe (Darier), les syphilides pigmentaires des régions hyperpigmentées, comme celles des aisselles, des plis du coude, de la ceinture et des jarrets, ainsi que les syphilides pigmentaires généralisées non systématisées, et, finalement, *la présence de l'artérite syphilitique et de la thrombose consécutive dans l'intimité des tissus*, tout cela contribue considérablement à diminuer, jusqu'à nouvel ordre, le prestige et la valeur de cette théorie.

3^o Théorie surrénale. — Elle a été soutenue par Jullien. Les autopsies font défaut pour donner une solidité à cette hypothèse des plus ingénieuses.

Mais il nous semble qu'il n'est pas dans les mœurs des mélanodermies surrénales (maladies d'Addison) de se montrer parées de la dentelle, si caractéristique de la syphilide pigmentaire. La maladie d'Addison détermine plutôt une mélanodermie diffuse et progressivement intense, frappant même les muqueuses.

4^o Théorie invoquant une dyscrasie sanguine, l'anémie, la cachexie. — Tout comme la mélanodermie addisonnienne, une dyschromie de cette nature aurait acquis les caractères de diffusion et de généralisation qu'on ne rencontre guère dans la syphilide pigmentaire.

En outre, il n'est pas rare de rencontrer le collier de Vénus sur le cou de beaucoup de malades ayant un

aspect floride, et un embonpoint respectable, témoins d'une syphilis bien traitée et loin de toute complication anémique.

5° Théorie qui rattache la syphilide pigmentaire au vitiligo. — Elle a été rejetée depuis les recherches de Tanturri qui a trouvé la pigmentation intacte dans les parties considérées injustement comme des parties achromiques.

En somme, toutes ces théories ont donné lieu à des objections sérieuses. Nulle démonstration scientifique n'est venue remonter leur valeur. Ceci contribue dans une large mesure à rendre plus réelle et plus intime la connexion de la syphilide pigmentaire avec la roséole syphilitique.

CHAPITRE VI

CLASSIFICATION

En étudiant la syphilide pigmentaire, nous avons pu voir que cette dyschromie répondait à *une seule forme : la syphilide pigmentaire vraie typique, post-érythémateuse*. Celle-ci englobe tous les cas de syphilide pigmentaire, considérés comme primitives par le professeur Fournier.

Les autres formes appartiennent aux fausses syphilides pigmentaires, dont la *leucomélanodermie-post-éruptive* réalise le type le plus accompli de cette classe.

Nous les rangeons dans un groupe bien distinct, celui des *syphilides pigmentaires atypiques* (voir page).

Lorsque la leucomélanodermie post-éruptive se superpose à une syphilide pigmentaire vraie typique, aux endroits envahis par des éléments de syphilides érythémato-papuleuses, il en résulte la constitution d'une *forme mixte* dont nous allons reproduire trois observations :

Obs. 18 (JEANSELME). — Gabrielle M. . , 19 ans 1/2. — Examen le 8 décembre 1909.

L'accident primitif est apparu sur le capuchon du clitoris, au mois de février de cette année. Il a été traité en ville et ne paraît se cicatriser qu'à la fin d'avril.

Vers cette époque, éclosion de la roséole, pour laquelle la malade entre dans notre service à l'hôpital Broca. Cette roséole était abondante, occupait le tronc, les membres, le cou, ainsi que le bas de la face.

La malade est sortie de l'hôpital le 17 juillet 1909. Après une période de silence, nouvelle éruption, qui est apparue il y a une quinzaine de jours. C'est une éruption papulo-squameuse constituant de petits disques pleins ou bien des halos. Ces éléments sont groupés en assez grand nombre sur les portions pigmentées de la région axillaire. Plusieurs cercles papulo-squameux circonscrivent une aire qui paraît achromique et qui présente à son centre une surface légèrement pigmentée.

Sur le cou, un certain nombre de ces éléments existent, mélangés à de la syphilide pigmentaire. On voit certains petits disques papulo-squameux dont le centre est en régression.

On voit surtout un certain nombre de lunules achromiques, dans chacune desquelles est inscrit un disque plus petit, de nuance rosée, constitué par de très fines arborisations vasculaires.

La malade a les cheveux de couleur châtain ; les iris de même nuance, le cou et les parties antérieures des aisselles, franchement bistrées.

Le traitement suivi par la malade a été le suivant : En ville, 50 pilules et dans le service 15 piqûres d'huile grise.

On pratique la biopsie d'un élément situé à la face antérieure de l'aisselle droite, dont le centre est rose et circonscrit par un anneau achromique.

Obs. 19. — Renée G., 27 ans, pâtissière. — A présenté une roséole maculeuse en octobre 1909. A la même époque la malade fut soignée dans le service de M. Jeanselme, pour une éruption floride caractérisée par des « boutons » répandus sur le dos, la nuque, la figure, jusque au milieu de la région thoracique antérieure. Cette éruption a duré très longtemps, et il semble qu'il s'agit d'une poussée de syphilide érythémato-papuleuse. A la même époque il existait une céphalée intense et une adénopathie généralisée.

Examen le 17 mars 1910 : La malade revient pour un eczéma séborrhéique, siégeant au niveau de la commissure buccale gauche.

Au niveau du cou, on remarque une *syphilide pigmentaire typique* entourant le cou dans toute sa totalité et paraissant se généraliser. En effet, on remarque au niveau de la nuque un réseau grisâtre très atténué entre les mailles duquel on distingue des lunules de peau saine. Dans cette région il n'existe que six macules pigmentées, dont deux sont déprimées et plissées, et encore à la phase érythémateuse. Aucune saillie à leur niveau.

En descendant dans la région interscapulaire, on remarque un grand nombre d'éléments à différents degrés de leur évolution. La plupart d'entre eux sont à l'état de macules pigmentées. Autour de chaque élément, il est facile de constater une collerette achromique très visible transformant ainsi chaque élément pigmenté en *cocarde*. Chaque cocarde est représentée par un fond grisâtre, qui est le vestige hyperpigmenté d'une ancienne papule, et par une zone périphérique plus ou moins large, suivant le stade parcouru par l'élément éruptif dans sa cicatrisation et lui constituant une collerette cicatricielle.

On peut ainsi suivre l'évolution de chaque élément érythémato-papuleux depuis le stade maculeux pur jusqu'à la lunule achromique et atrophique franche qui est le stade de cicatrisation définitive de la syphilide.

On ne remarque ce phénomène que dans la partie inférieure de la nuque.

Plus bas, à partir de l'épine de l'omoplate, jusqu'au niveau de la ceinture, on remarque un réseau grisâtre encerclant des lunules décolorées et réalisant ainsi une syphilide pigmentaire atypique à siège anormal et exagéré.

Il s'agit bien ici d'un exemple de leucomélanodémie post-éruptive frappant la nuque, la région interscapulaire jusqu'au niveau de la ceinture.

Du côté du cou, sur ses parties latérales, sur sa partie antérieure ainsi que sur le devant de la région supérieure du thorax, on constate une syphilide pigmentaire typique caractérisée par un réseau grisâtre avec des lunules de peau saine entre ses mailles.

Mais, tandis que au niveau de la région interscapulaire et scapulaire on trouvait les traces, les vestiges maculeux à tous les degrés de leur évolution, signature éloignée de l'éruption érythémato-papuleuse présentée par la malade en octobre dernier, on ne trouve rien de pareil dans la région cervicale et dans la partie haute du devant du thorax. A ces endroits, les ilots blancs ne présentent aucune dépression, ni plissement de leur épiderme. Il n'y a pas d'achromie, et les bords sont loin d'être d'une régularité parfaite, comme on le voit pour les lunules décolorées de la forme atypique.

Il s'agit bien d'une syphilide pigmentaire typique dans ces régions.

L'intérêt que présente cette observation réside dans le mélange d'une syphilide pigmentaire vraie et typique à siège cervical et thoracique et d'une syphilide pigmentaire atypique de Gaucher et Millian à siège interscapulaire.

La malade a vécu à la campagne. Est de carnation brune. A toujours été brune de peau, a les cheveux noirs, les yeux de même couleur et présente une tache de lentigo au niveau de l'abdomen.

La malade a en outre une ichtyose congénitale généralisée ne respectant que les avant-bras et les jambes.

A été mise au traitement mercuriel depuis l'apparition de la roséole. A eu plusieurs séries d'huile grise.

Obs. 20. — H..., 26 ans, journalier. — Examen le 24 mars 1910.

Chancre syphilitique préputial en août 1909.

Reste sans traitement jusqu'au mois de novembre 1909.

Depuis, il est apparu sur le thorax, le dos et sur la nuque des syphilides érythémato-papuleuses.

Au niveau du cou, sur son côté droit, il existe une *syphilide pigmentaire typique* : réseau grisâtre avec des lunules de peau saine non achromiques.

Sur la nuque et sur le côté gauche du cou, quelques lunules achromiques, vestiges des syphilides érytho-papuleuses.

Il y a, par conséquent, mélange des deux formes de syphilide pigmentaire, réalisant ainsi la *forme mixte*.

Actuellement, il existe au niveau du cou, de la nuque, du cuir chevelu, sur la figure et sur les bras des syphilides psoriasiformes. Alopécie en clairière : Sur chaque partie du cuir chevelu épilée, il existe un élément psoriasiforme.

Le malade est de carnation brune : cheveux châtain foncés, les yeux de même nuance.

CHAPITRE VII

§ 1. — **Rapport entre le chancre syphilitique, la roséole syphilitique et la syphilide pigmentaire vraie. — Sur le rapport qu'il y a entre le traitement mercuriel suivi par le malade et l'installation de la syphilide pigmentaire.**

On s'est, depuis longtemps, demandé si la syphilide pigmentaire n'était pas le vestige, le reliquat d'une roséole antérieure. Les avis sur cette question sont partagés, comme nous l'avons vu. Il nous semble pourtant, après une minutieuse étude clinique dont l'occasion nous a été fournie par l'observation scrupuleuse de 200 malades des deux sexes, que le doute n'est pas possible : *La syphilide pigmentaire est certainement l'aboutissant forcé de la roséole.* En effet, sur les 200 cas par nous étudiés, il nous est très rarement arrivé de trouver des syphilides pigmentaires vraies n'ayant pas été précédées par une roséole plus ou moins prononcée (et encore, nous avons toute raison de croire que même dans les cas où la roséole a paru absente, elle a plutôt passé inaperçue).

D'autre part, dans tous les cas où la syphilide pigmentaire vraie était absente, la roséole l'avait été aussi,

du fait d'un traitement antérieur, ou bien, pour la même raison, elle s'était manifestée d'une manière particulièrement atténuée. De nos observations il ressort clairement *que la syphilide pigmentaire est absente chez tous les syphilitiques n'ayant pas été frappés par l'exanthème syphilitique secondaire.*

Un fait capital et connu d'ailleurs de longue date, a attiré particulièrement notre attention, à savoir : *La rareté du chancre syphilitique chez la femme, et, au contraire, sa grande fréquence chez l'homme.*

On sait comment se comporte l'accident syphilitique primitif chez la femme, où il passe si souvent inaperçu. Caché dans quelque pli vulvaire ou de l'anus, ayant assez fréquemment sa place au col de l'utérus, il n'est pas étonnant qu'il évolue à l'insu de la femme. Et c'est presque toujours, au moment des accidents secondaires, lorsque la roséole syphilitique est en pleine évolution, qu'on a l'occasion de voir la malade et de la soumettre au traitement mercuriel.

La disposition des organes génitaux de l'homme permet assurément la constatation du chancre syphilitique, immédiatement après son apparition. C'est ce qui explique que l'origine de la syphilis masculine remonte presque toujours à un accident syphilitique primitif, sa porte d'entrée étant connue. Siégeant à la verge, au méat, dans le canal uréthral, sur les bourses, à l'anus, à la lèvre inférieure, sur une des amygdales, à la langue, au menton et bien des fois multiple, le chancre infectant est toujours en vue et ne demande qu'à être diagnostiqué.

Contrairement à ce qui se passe chez la femme, l'homme, dans la généralité des cas, n'attend pas l'éclo-

sion des accidents syphilitiques secondaires, pour se soumettre au traitement mercuriel (1).

Il nous paraît très intéressant de rapprocher cette inégale répartition du chancre syphilitique de celle, inégale aussi, mais en sens inverse, de la syphilide pigmentaire chez l'homme et chez la femme. *Tout se passe comme s'il y avait un rapport inverse entre le chancre syphilitique et la syphilide pigmentaire vraie.*

Il y a à opposer chez la femme :

La rareté du chancre syphilitique à la fréquence de la syphilide pigmentaire ;

Et chez l'homme :

La fréquence du chancre syphilitique à la rareté de la syphilide pigmentaire.

Cette opposition frappante entre ces deux ordres de faits cliniques s'explique d'une manière très simple qui va nous fournir en même temps le fil conducteur à travers le dédale de la question. Elle nous pousse à chercher *le trait d'union* qui relie l'une à l'autre, le chancre syphilitique et la syphilide pigmentaire vraie.

Nous venons de voir que la syphilide pigmentaire fait son apparition, le plus souvent, entre 2 mois 1/2 et 4 mois, après le début de l'infection syphilitique.

Quel est l'accident antérieur qui se présente, en attendant l'éclosion de la syphilide pigmentaire ? Il n'y a, à vrai dire, qu'un seul : *c'est la roséole maculeuse ou la roséole papuleuse*. Son éclosion se fait, d'après Fournier, 45 jours après la date du début du chancre syphilitique

(1) Ces deux points touchant la syphilis primaire ont fait l'objet d'une clinique remarquable de la part de M. JEANSELME (hôpital Beaujon, 1908-1909).

et a une durée variable. Sur ce point nous avons déjà insisté lorsque, en étudiant le début de la syphilide pigmentaire, nous avons mis en valeur le point commun qui reliait l'apparition de la syphilide pigmentaire à la disparition de la roséole, c'est-à-dire *leur grande variabilité* (p. 35).

C'est ainsi qu'on peut se demander si les roséoles de très courtes durées, les roséoles fugaces et discrètes, ne sont pas l'origine des syphilides pigmentaires d'apparition précoce. La même question se pose pour les syphilides pigmentaires tardives, dont l'apparition se ferait entre le 3^e et le 11^e mois, celles-ci succédant à des roséoles florides, intenses et très longues à disparaître.

Mais, pour mieux faire ressortir les rapports qui relient l'une à l'autre la roséole et la syphilide pigmentaire, nous avons à démontrer que :

1^o *La syphilide pigmentaire vraie ne se trouve que chez les individus ayant eu une roséole antérieure.*

2^o *La syphilide pigmentaire vraie n'existe pas et n'apparaît jamais chez les individus n'ayant pas présenté de roséole antérieure.*

Le premier point, nous l'avons amplement démontré.

A-t-on jamais vu la syphilide pigmentaire apparaître avant la poussée de roséole ? Sans parler des roséoles de retour, il n'en existe pas d'exemple dans la littérature médicale et nous croyons inutile d'insister.

Il nous reste à examiner le deuxième point :

Nous savons que la roséole peut faire entièrement défaut dans l'évolution de la syphilis secondaire. Les syphilis bénignes en sont l'apanage. Mais ce qui intervient surtout dans sa disparition complète ou partielle,

ce qui atténue considérablement les poussées de roséole *c'est l'institution immédiate du traitement mercuriel, dès l'apparition du chancre syphilitique.*

En effet, le traitement mercuriel, sous toutes les formes connues, institué dès l'accident primitif, a une action incontestable sur l'apparition future de la roséole. Elle peut être enrayée complètement ; elle peut être réduite à une poussée minime, se limitant à quelques éléments érythémateux au niveau des flancs, des aisselles ou des membres, faisant ainsi disparaître en premier lieu les éléments maculeux du cou, en tant que plus discrètes de par eux-mêmes. Leur durée est de 2 à 4 jours.

La roséole peut se cantonner aux régions abdominales et lombaires, dans les poussées où le traitement, appliqué à une période intermédiaire, ne pouvait pas être capable de l'enrayer totalement. Retenons que cette action du traitement mercuriel varie suivant la date du début à laquelle il a été institué par rapport au début du chancre syphilitique. Action plus marquée sur la roséole, pour un traitement immédiat, action nulle ou à peu près, pour un traitement tardif.

Il est donc avéré que, dans la syphilis secondaire, l'apparition de la roséole est puissamment influencée par l'intervention mercurielle immédiate. Elle a le pouvoir de l'enrayer ou de la diminuer considérablement.

L'accident syphilitique initial passant souvent inaperçu chez la femme, il en résulte, pour la majorité des syphilis féminines, un retard dans le traitement mercuriel. Celui-ci est *tardif* et *post-roséolique*, étant institué *après l'éclosion de la roséole.*

Il ne reste que les cas rares de syphilis féminine où le

chancre syphilitique a été connu. Pour ces cas, uniquement, le traitement peut être immédiat.

Pour la syphilis acquise de l'homme, la marche est inverse. Le chancre syphilitique, toujours présent, favorise une institution *immédiate ou précoce du traitement mercuriel*. Il ne reste que les cas douteux ou bien dont le chancre syphilitique a passé inaperçu, ce qui n'est pas fréquent dans la syphilis masculine. Dans ces cas rares seulement, le traitement mercuriel est tardif ou *post-roséolique*.

D'après ce qui précède, nous pouvons dire que *la précocité du traitement mercuriel ou son institution tardive constitue, avec leurs effets correspondants sur l'apparition de la roséole, le trait d'union qui relie la syphilis pigmentaire au chancre syphilitique*.

Si nous rappelons maintenant la formule que nous venons d'énoncer au sujet du rapport qui existe entre le chancre syphilitique et la syphilide pigmentaire chez l'homme et chez la femme :

Femme.	{	Rareté du chancre syphilitique.
		Grande fréquence de la syphilide pigmentaire.
Homme.	{	Grande fréquence du chancre syphilitique.
		Rareté de la syphilide pigmentaire.

et si nous y ajoutons les données thérapeutiques connues que nous venons de rappeler, nous ferons la constatation intéressante et qui est la suivante :

1° Si la syphilide pigmentaire est fréquente chez la femme, ceci est dû uniquement au fait que le traitement mercuriel est, dans la majorité des cas, *tardif, post-roséolique*.

La méconnaissance du chancre syphilitique, chez elle si fréquente, permettant l'installation d'une roséole floride et intense, est une des causes essentielles qui favorise le développement d'une syphilide pigmentaire vraie.

L'origine de cette dyschromie chez la femme réside donc dans un défaut spécial à la plupart des syphilis féminines et qui est l'impossibilité d'instituer, chez elle, le traitement immédiat ;

2° Si la syphilide pigmentaire est rare chez l'homme, ceci est dû uniquement au fait que le *traitement mercuriel est précoce*, s'il n'est pas immédiat. En tous les cas, il est *pré-roséolique*.

L'intervention mercurielle précoce fait en quelque sorte œuvre de prophylaxie à l'égard de cette dyschromie, en éteignant la roséole ou en en diminuant l'intensité.

Dans les cas peu fréquents où elle s'installe chez l'homme — et avec les mêmes caractères que chez la femme — la syphilide pigmentaire trouve son origine, comme chez elle, dans une impossibilité d'instituer le traitement mercuriel immédiat.

Nous donnons le résumé de nos 200 cas de syphilis secondaire chez l'homme et chez la femme.

Ce tableau comporte trois catégories :

1° Tableau des syphilitiques ayant la syphilide pigmentaire ;

2° Tableau des syphilitiques n'ayant pas la syphilide pigmentaire ;

3° Tableau des syphilitiques remplissant les conditions de formation de la syphilide pigmentaire et qui ont échappé à notre contrôle.

1° Cent observations de femmes syphilitiques à la période secondaire

(Observations prises dans le service de M. le Dr JEANSELME, de l'hôpital Broca).

A. — Femmes ayant la syphilide pigmentaire.

1. — Blanche D..., 28 ans, chanteuse. — Examen le 15 février 1910 : chancre syphilitique le 1^{er} septembre 1909 ; roséole et plaques muqueuses vulvaires en octobre 1909.

Traitement post-roséolique : A eu 6 injections d'huile grise.

Au cou : *Syphilide pigmentaire typique* en évolution.

De carnation brune : Cheveux noirs ; yeux bruns ; bruné de peau.

2. — Louise Pouch..., 21 ans. — Chancre syphilitique, grande lèvre le 1^{er} janvier 1910. — Examen le 23 février 1910.

Aucun traitement jusqu'au 10 février 1910. A cette époque, a eu roséole au niveau du dos, du ventre.

Traitement post-roséolique : A eu 2 injections d'huile grise.

Au cou : *Syphilide pigmentaire* en formation, caractérisée par un léger réseau pigmentaire réticulaire.

De carnation brune : Cheveux châains ; yeux bruns.

3. — Révi..., 19 ans. — Examen le 20 décembre 1909 : Plaques muqueuses vulvaires et buccales en octobre 1909 ; roséole passée inaperçue pour la malade. Mais on décèle une roséole en voie de disparition.

Au cou : Réseau érythémateux.

De carnation brune : Cheveux, sourcils, cils châains ; yeux gris.

Traitement post-roséolique : Huile grise.

Le 15 février 1910 : Plus trace du réseau érythémateux. A sa place, il existe une *syphilide pigmentaire typique* au cou et aux aisselles.

4. — Théb..., 17 ans. — Examen le 20 décembre 1909 : Entre salle Astruc pour un chancre vulvaire syphilitique et pour une roséole et plaques muqueuses vulvaires en août 1909.

Traitement post-roséolique : A eu deux séries d'huile grise.

Au cou : *Syphilide pigmentaire* en évolution, plus marquée à la partie latérale gauche du cou.

De carnation brune : Cheveux très bruns ; yeux bruns ; de peau très pigmentée.

5. — Georgette..., 27 ans. — Examen le 15 février 1910 : Chancres syphilitiques passés inaperçus ; roséole généralisée et *cervicale* ; plaques muqueuses vulvaires en août 1906.

Traitement post-roséolique : Injections de biiodure ; calomei et liqueur de Van Swieten.

Au cou : *Syphilide pigmentaire* en régression, quatre ans après son apparition.

De carnation brune.

6. — Agathe..., 33 ans, couturière. — Examen le 10 décembre 1909 : Chancres syphilitiques passés inaperçus ; roséole papuleuse en novembre 1908, a frappé le cou.

Traitement post-roséolique : A eu 5 injections d'huile grise.

Au cou : *Syphilide pigmentaire typique* ayant été observée en décembre 1909.

De carnation brune.

Se trouve dans le service pour de l'onixis syphilitique.

7. — Maurice R..., 20 ans. — Examen le 10 janvier 1910 : Chancres passés inaperçus ; roséole généralisée, *cervicale* ; plaques fauchées de la langue en décembre 1909.

Au cou : *Réseau érythémateux*.

Traitement post-roséolique : Huile grise.

De carnation blonde : Cheveux blonds cendrés ; yeux bleus.

Le 23 mars 1910 : *Syphilide pigmentaire* de couleur jaune sale.

8. — Legendre, 27 ans. — Examen le 20 décembre 1909 : Deux chancres syphilitiques vulvaires en mai 1909.

Traitement tardif, un mois après leur apparition : Huile grise. N'a pas remarqué la roséole.

De carnation très brune : Cheveux bruns ; yeux bruns ; cou très pigmenté ; de peau très pigmentée.

Le 3 mars 1910. — Au cou : *Syphilide pigmentaire* en évolution.

9. — Andrée..., 21 ans, chanteuse. — Examen le 10 février 1910 : Chancres vulvaires en juillet 1909 ; plaques et roséole généralisée et *cervicale*.

Au cou : *Syphilide pigmentaire typique* depuis la disparition de la roséole.

Aucun traitement : Est mise à l'huile grise en février 1910.

De carnation brune : Cheveux châains ; yeux de même couleur.

10. — Suchet..., 26 ans. — Examen le 20 décembre 1909 : Trois chancres à la lèvre inférieure, en juin 1909 ; plaques muqueuses ; roséole généralisée et *cervicale*.

Au cou : *Syphilide pigmentaire typique*, ainsi qu'au niveau des aisselles, ayant débuté en novembre 1909.

De carnation brune : Cheveux châtain foncé ; yeux noirs.

Aucun traitement jusqu'au mois de décembre 1909 : Huile grise.

11. — Magdeleine F..., 19 ans, buraliste. — Examen le 10 février 1910 : Chancre syphilitique en juillet 1909 ; roséole en septembre 1909 ; places muqueuses à la même époque ; phtyriase ayant laissé des cicatrices au niveau du dos.

Aucun traitement jusqu'au 8 février 1910 : Huile grise.

Au cou : *Syphilide pigmentaire typique*.

De carnation brune : Cheveux noirs ; yeux gris.

12. — Berthe S..., cuisinière. — Examen le 10 février 1910 : Chancre syphilitique passé inaperçu ; céphalée ; plaques muqueuses depuis novembre 1909 ; roséole en décembre 1909, a duré deux semaines.

Aucun traitement jusqu'au 27 janvier. — *Traitement post-roséolique* : A eu 2 injections d'huile grise.

Au cou : *Syphilide pigmentaire typique*.

De carnation brune : Cheveux bruns ; yeux bruns.

13. — Boisb..., 28 ans. — Examen le 20 décembre 1910 : Chancre syphilitique en septembre 1909 ; plaques muqueuses un mois après ; roséole passée inaperçue.

Aucun traitement. — Mise au traitement le 20 décembre 1910.

Le 15 janvier : *Syphilide pigmentaire typique*.

De carnation brune : Cheveux châains ; yeux gris.

14. — Veuve Phil..., lingère. — Examen le 10 février 1910 : Chancre syphilitique passé inaperçu ; plaques muqueuses ; roséole généralisée le 20 août 1908.

Traitement post-roséolique : A eu 30 injections d'huile grise.

Au cou : *Syphilide pigmentaire typique*, dix-huit mois après son apparition.

De carnation brune : Actuellement grise ; mais a toujours eu les cheveux bruns, les yeux gris et a toujours été de peau très brune.

15. — Henriette B..., 24 ans. — Roséole généralisée et *cervicale* en novembre 1906.

Traitement post-roséolique : Traitement régulier pendant trois ans. A eu des injections intraveineuses de cyanure de mercure pendant sept mois. Puis prend des pilules. Reste sans traitement pendant un an. Est mise actuellement aux injections d'huile grise. Revient aujourd'hui pour des gommès multiples.

L'intérêt de l'observation réside dans la conservation d'une syphilide pigmentaire quatre ans après son apparition. Elle est en régression depuis quelq. temps.

De carnation brune : Cheveux et yeux bruns.

16. — X..., 17 ans. — Chancre syphilitique passé inaperçu ; plaques muqueuses et roséole discrète en décembre 1909.

Traitement post-roséolique.

Au cou : *Syphilide pigmentaire légère* en évolution.

De carnation brune : Cheveux châains ; yeux bruns.

17. — Fontmy..., 48 ans, travaille dans les champs. — Examen le 10 janvier dernier : Chancre vulvaire en 1908 ; roséole au niveau du dos.

Aucun traitement. — Est mise au traitement le 15 décembre 1909.

Au cou : *Syphilide pigmentaire typique.*

De carnation brune : Cheveux châains ; les yeux gris-bleu.

18. — Suzanne M..., 15 ans, domestique. — Chancre passé inaperçu ; plaques et roséole en octobre 1909.

Traitement à partir du mois de décembre 1909 : A eu 10 injections d'huile grise.

Syphilides érythémato-papuleuses *aux bras, au cou et à la nuque.*

Le 15 février 1910 : *Syphilide pigmentaire atypique* (Leucomélanodermie post-éruptive). Eléments à toutes les phases de leur évolution.

De carnation brune.

19. — Marie L..., 27 ans. — Examen le 10 janvier 1910 : Plaques muqueuses et syphilides folliculaires, miliaires généralisées, frappant le cou et la figure, le 5 octobre 1909.

De carnation brune.

Le 15 février 1910 : *Syphilide pigmentaire atypique* (Leucomélanodermie post-éruptive).

Traitement : Injections d'huile grise depuis fin décembre 1909.

20. — Can..., 19 ans, domestique. — Examen le 15 mars 1910 : Chancre syphilitique de la lèvre inférieure, octobre 1909.

Traitement tardif : Reste six semaines sans traitement. Est mise au traitement le 15 novembre 1909 : A eu 3 injections d'huile grise. Roséole généralisée, fugace (a duré huit jours) ; le 28 novembre 1909.

Au cou : *Syphilide pigmentaire typique*.

Syphilide pigmentaire généralisée à la région interscapulaire, scapulaires axillaires, aux flancs jusqu'aux grands trochantères, à la région sous-ombilicale.

La malade vient de faire une fausse-couche de six mois.

De carnation brune : Cheveux châains ; yeux bruns ; très pigmentée de peau.

Nævi pigmentaire congénital.

21. — Bèrel..., 32 ans, concierge. — Chancre syphilitique passé inaperçu ; roséole passée inaperçue ; plaques muqueuses en octobre 1908.

Traitement post-roséolique : Mise au traitement par l'huile grise en octobre 1908, jusqu'en août 1909.

Le 29 mars 1910. — Au cou : *Syphilide pigmentaire typique* à la période d'état.

De carnation brune : Cheveux noirs ; yeux gris ; paire de lunettes orbitaires. Nævi congénital. Très pigmentée de peau. Hyperthricose. Goître basdowifié depuis deux ans.

22. — Batitlout..., 21 ans, ménagère. — Examen le 3 avril 1910 : Chancre passé inaperçu ; plaques muqueuses buccales le 15 décembre 1910 ; roséole à la même époque.

Traitement post-roséolique : 10 injections d'huile grise.

Alopécie en clairière.

Au cou : *Syphilide pigmentaire typique* en évolution.

De carnation brune : Cheveux châains ; yeux bruns.

23. — De Monje..., 17 ans. — Chancre syphilitique en décembre 1908.

Aucun traitement jusqu'en avril 1909 : A eu 4 séries d'huile grise. N'a pas remarqué la roséole.

Syphilide pigmentaire localisée au bas de la nuque.

De carnation brune.

24. — Gob..., 23 ans, mécanicienne. — Examen le 5 mars 1910 : Chancres mous vulvaires le 15 janvier 1910 ; chancre syphilitique

passé inaperçu ; roséole le 15 février 1919, frappant le ventre et les bras.

Entre, salle Astruc, le 19 février.

Traitement post-roséolique : A eu, à partir du 23 février 1910, quatre injections intraveineuses de cyanure de mercure.

Au cou : *Syphilide pigmentaire* en évolution.

De carnation brune : Cheveux châains ; yeux gris.

25. — Lucy D..., 26 ans. — Examen le 23 mars 1910 : Chancres syphilitiques vulvaires en juin 1905 ; plaques muqueuses et roséole en juillet 1905 ; syphilide pigmentaire en septembre 1905.

Au cou : *Syphilide pigmentaire* en évolution.
constate en 1910, *cinq ans après son apparition*.

La malade n'a suivi aucun traitement mercuriel : Est mise au traitement mercuriel le 23 mars 1910. Revient pour une céphalée intense.

De carnation brune.

26. — Dèb..., 21 ans. — Examen le 15 février 1910 : Mal de gorge fin décembre 1909, localisé à droite.

En février 1910, le mal de gorge est diffus. A ce moment, la malade s'est montrée à un médecin, qui a vu, au niveau de l'amygdale droite, une ulcération.

Actuellement, plaques fauchées de la langue ; roséole disséminée.

Traitement post-roséolique à partir du 15 février 1910 : Pilules de protoiodure.

Au cou : *Syphilide pigmentaire typique* localisée aux faces latérales du cou.

De carnation brune.

27. — Henriette S..., 24 ans, domestique. — Examen le 1^{er} mars 1910 : Chancres mous fin novembre 1909 ; plaques muqueuses vulvaires et roséole floride, qu'on diagnostique à la fin de janvier 1910.

Traitement post-roséolique depuis le mois de février 1910 : A eu trois injections d'huile grise.

Au cou : *Syphilide pigmentaire* en évolution.

Fausse syphilide pigmentaire au bas de la nuque, consécutive à la gale.

De carnation brune : A les cheveux teints en blond. Ils ont été bruns ; yeux gris.

28. — Marg. D..., 33 ans, femme de ménage. — Examen le 10 février 1910 : Chancre syphilitique passé inaperçu ; syphilides érythémato-papuleuses le 20 janvier 1910.

Traitement post-roséolique : A eu une injection d'huile grise.

Roséole floride *cervicale* : Réseau érythémateux, se pigmentant vers le 23 mars 1910.

Au cou : *Syphilide pigmentaire* en évolution.

De carnation brune : Cheveux et les yeux sont bruns.

29. — Mir..., 21 ans, artiste lyrique. — Chancre syphilitique passé inaperçu ; « a été très enrouée » depuis la fin janvier 1910 ; plaques muqueuses vulvaires le 1^{er} mars 1910 ; a la gale depuis fin février 1910 ; la *roséole a passé inaperçue*.

Aucun traitement.

Au cou : *Syphilide pigmentaire typique*, à la période d'état, ainsi qu'au niveau de la ceinture.

De carnation brune : Très pigmentée de peau ; cheveux et les yeux bruns.

30. — Marie Th..., 26 ans, plumassière. — Examen le 1^{er} mars 1910 : Chancre syphilitique en novembre 1902.

Traitement tardif : Six semaines après son apparition, en décembre 1902 : A eu des injections d'huile grise.

Roséole passée inaperçue. Jamais aucune éruption.

Au cou : *Syphilide pigmentaire* en régression en 1910, huit ans après son apparition.

De carnation brune.

31. — H..., 30 ans. — Chancre passé inaperçu ; plaques muqueuses en octobre 1908 ; roséole passée inaperçue.

Traitement post-roséolique en octobre 1908 : A eu, en 2 ans, six séries d'huile grise.

Au cou : *Syphilide pigmentaire* en décroissance, ayant débuté en novembre 1908.

De carnation brune : Cheveux et les yeux bruns.

32. — Andrée N..., 19 ans, couturière. — Examen le 10 mars 1910 : Chancre passé inaperçu ; plaques muqueuses vulvaires en juillet 1909.

Vient aujourd'hui à Broca, où l'on fait le diagnostic de syphilis. N'a pas remarqué la roséole.

Aucun traitement.

Au cou : *Syphilide pigmentaire* sur les faces latérales du cou.
De carnation brune : Cheveux et les yeux bruns ; très pigmentée de peau.

33. — Chen..., 24 ans. — Examen le 1^{er} avril 1910 : Péritonite puerpérale en novembre 1908 ; a accouché au mois de juin 1908 ; fausse-couche de 2 mois en juillet 1909 ; gale en décembre 1909 ; mal de gorge depuis novembre 1909 ; céphalée en décembre 1909 , alopécie à la même époque ; a eu « des boutons » aux grandes lèvres, en décembre 1909.

Au cou : *Syphilide pigmentaire typique*, à la période d'état.

La malade ignore qu'elle est atteinte de syphilis. Plaques muqueuses amygdaliennes. *

Aucun traitement : Est mise au traitement le 1^{er} avril 1910.

De carnation brune.

34. — Berthe L..., 22 ans, femme de chambre. — Chancre passé inaperçu ; plaques muqueuses en décembre 1909.

Traitement post-roséolique depuis le mois de décembre 1909 : A eu 6 injections d'huile grise.

Au cou : *Syphilide pigmentaire typique* descendant dans la fosse interscapulaire, frappant les deux aisselles.

De carnation brune : Cheveux bruns ; yeux gris. Présente la paire de lunettes orbitaires. Taches de nævi pigmentaires.

35. — Adèle Cl..., 24 ans. — Examen le 28 février 1910 : Chancre syphilitique passé inaperçu ; roséole floride, généralisée, *cervicale*, 15 février 1910 ; réseau érythémateux.

Traitement post-roséolique : A eu 2 injections d'huile grise.

Au cou : *Syphilide pigmentaire typique* le 23 mars 1910. En évolution depuis le 7 mars 1910.

De carnation brune : Cheveux, yeux bruns. Lentigo. Taches de rousseur.

36. — Hof..., 25 ans. — Examen le 15 mars 1910 : Roséole généralisée, *cervicale*, le 1^{er} mars 1910 ; chancre syphilitique passé inaperçu.

Au cou : *Syphilide pigmentaire typique*.

Traitement post-roséolique : Est mise à l'huile grise le 15 mars 1910.

De carnation brune.

37. — Rayn..., 19 ans. — Examen le 7 mars 1910 : Chancre syphilitique passé inaperçu ; plaques muqueuses vulvaires et buccales en août 1909 ; roséole passée inaperçue.

Traitement post-roséolique : Aucun traitement jusqu'au 23 février 1910 ; 1^{re} injection d'huile grise.

Au cou : *Syphilide pigmentaire typique* ainsi qu'au niveau de la ceinture.

De carnation brune.

38. — Br..., 32 ans. — Examen le 26 février 1910 : Chancre syphilitique passé inaperçu ; fausse couche en octobre 1909 ; roséole en décembre 1909 ; syphilides érythémato-papuleuses en janvier 1910.

Traitement post-roséolique : 25 pilules de protoiodure.

Au cou : *Syphilide pigmentaire vraie typique*.

De carnation brune : Cheveux et les yeux bruns. Tachés de rousseur. Lentigo.

39. — Suzanne A... — Examen le 20 décembre 1909 : Chancre syphilitique passé inaperçu ; plaques muqueuses vulvaires et roséole fugace en avril 1909.

Traitement post-roséolique en avril 1909.

Au cou : *Syphilide pigmentaire typique* ayant débuté au mois de septembre 1909.

De carnation brune.

Le collier commence à pâlir le 26 février 1910.

40. — Marguerite G..., 28 ans. — Examen le 1^{er} février 1910 : Chancre syphilitique passé inaperçu ; plaques muqueuses et roséole en septembre 1908.

Traitement post-roséolique : 12 injections de biiodure ; 18 injections d'huile grise.

Au cou : *Syphilide pigmentaire typique* en décroissance le 26 février 1910.

De carnation brune.

41. — Germaine B..., 18 ans. — Examen le 2 février 1910 : Chancre passé inaperçu ; roséole généralisée et *cervicale* le 1^{er} janvier 1910 ; réseau érythémateux.

Aucun traitement.

Au cou : *Syphilide pigmentaire vraie* en évolution depuis fin janvier.

De carnation brune.

42. — Mélanie G..., 23 ans. — Examen le 23 mars 1910 : Chancre syphilitique passé inaperçu ; roséole et plaques muqueuses le 15 décembre 1909.

Traitement post-roséolique : 10 injections d'huile grise ; 12 pilules de protoiodure.

Au cou : *Syphilide pigmentaire typique* à la période d'état.

De carnation brune.

43. — Alice L..., gérante, 26 ans. — Examen le 2 février 1910 : Chancre syphilitique passé inaperçu ; plaques muqueuses vulvaires et roséole fugace le 16 mai 1909.

Traitement post-roséolique : Injections d'huile grise.

Au cou : *Syphilide pigmentaire typique* ayant débuté en juillet 1909.

De carnation brune.

44. — Berthe R..., 36 ans. — Examen le 23 mars 1910 : Chancre passé inaperçu ; roséole floride le 15 février 1910 ; plaques muqueuses vulvaires.

Aucun traitement.

Au cou : *Syphilide pigmentaire* en évolution. Est à la période d'état le 20 avril 1910.

De carnation brune.

45. — Augustine L..., relieuse. — Examen le 24 février 1910 : Chancre syphilitique passé inaperçu ; plaques muqueuses vulvaires ; roséole généralisée et *cervicale* le 1^{er} février 1910.

Aucun traitement.

La roséole cervicale s'efface vers le 24 février sans laisser de traces. La malade est, en effet, de carnation blonde : cheveux blonds, yeux gris. Les éléments maculeux du reste du corps persistent pour disparaître le 1^{er} mars 1910.

Syphilides érythémato-papuleuses généralisées et cervicales depuis le 7 mars 1910. Evolution vers la leucomélanodermie post-éruptive le 29 mars 1910.

Au cou : *Syphilide pigmentaire atypique* en formation.

A eu 5 injections d'huile grise.

De carnation blonde : Blanche de peau ; cheveux blonds ; yeux gris.

46. — Lemon..., 30 ans. — Examen le 18 février 1910 : Chancre syphilitique passé inaperçu ; plaques muqueuses et roséole le 17 janvier 1910.

Traitement post-roséolique : 15 injections de biiodure de Hg.
Au cou : *Syphilide pigmentaire typique* en évolution, à réseau très discret.

De carnation blonde : Yeux bleus ; cheveux blonds.

47. — Juliette M..., 18 ans, modiste. — Examen le 26 février 1910 : Chancre syphilitique en juillet 1909. Reste sans traitement jusqu'à l'apparition des plaques muqueuses en août 1909.

Traitement post-roséolique : A eu 3 séries d'injections d'huile grise.

Au cou : *Syphilide pigmentaire typique*.

De carnation blonde : Cheveux blonds ; yeux bleus.

48. — Lib..., 49 ans. — Examen le 1^{er} mars 1910 : Chancre syphilitique passé inaperçu ; roséole syphilitique en mars 1906.

Traitement post-roséolique : Liqueur de Van Swieten pendant 5 mois.

Au cou : *Syphilide pigmentaire typique* datant depuis 3 ans.

De carnation brune.

Revient pour des gommès.

49. — Marie Tar..., 21 ans, couturière. — Examen le 21 février 1910 : Chancre passé inaperçu ; roséole, plaques muqueuses vulvaires en décembre 1908. La roséole *cervicale* a duré 3 semaines.

Sans aucun traitement jusqu'en octobre 1909 : A eu du sirop de Gibert pendant un mois. En décembre 1909, prend 2 séries d'huile grise.

Au cou : *Syphilide pigmentaire typique* depuis le mois de juillet 1909. Actuellement en décroissance.

De carnation brune.

50. — Marg. G..., 22 ans. — Examen le 20 décembre 1909 : Chancre syphilitique passé inaperçu ; plaques muqueuses vulvaires ; roséole en octobre 1909.

Aucun traitement : Traitement post-roséolique par des injections d'huile grise.

Au cou : *Syphilide pigmentaire vraie typique*.

De carnation brune.

51. — Céline C..., 26 ans. — Examen le 1^{er} janvier 1910 : Entre pour des chancres mous ; a eu la syphilis en octobre 1908 ; chancre syphilitique vulvaire en octobre 1908 ; roséole généralisée et *cervicale* 6 semaines après.

Traitement post-roséolique institué dans le service de M. Jean-selme, où l'on a observé :

Au cou : *une syphilide pigmentaire typique* actuellement en voie de disparition.

De carnation brune.

52. — Marguerite A..., 20 ans. — Examen le 19 février 1910 : Chancre du col apparu en octobre 1909 et constaté avec des plaques muqueuses et roséole généralisée et *cervicale* le 8 novembre 1909. Existente encore le 10 décembre 1909.

Traitement post-roséolique : Huile grise.

Au cou : *Syphilide pigmentaire typique* à la période d'état le 2 mars 1910.

De carnation brune : Très brune de peau et cheveux très noirs ; yeux bruns.

53. — Adèle Leb..., 23 ans. — Examen le 16 février 1910 : Chancre syphilitique passé inaperçu ; roséole en avril 1909.

Traitement post-roséolique : 4 séries de biiodure ; 2 séries d'huile grise.

Au cou : *Syphilide pigmentaire typique* depuis octobre 1909 et aujourd'hui à la période d'état.

De carnation brune.

54. — Clém..., 25 ans. — Examen le 2 février 1910 : Chancre syphilitique passé inaperçu ; plaques muqueuses et roséole en novembre 1909.

Traitement post-roséolique : Huile grise.

Au cou : *Syphilide pigmentaire typique* ainsi qu'au niveau de la ceinture.

De carnation brune : Très pigmentée de peau.

55. — Moir..., 28 ans. — Examen le 1^{er} février 1910 : Céphalée en septembre 1909 ; roséole le 18 janvier 1910 ; plaques muqueuses à la même époque ; roséole remonte au cou.

Traitement post-roséolique : Huile grise.

Au cou : *Syphilide pigmentaire* en évolution.

De carnation brune.

56. — Henr..., 31 ans. — Examen le 20 décembre 1909 : Chancre passé inaperçu ; roséole floride.

Traitement post-roséolique : Huile grise.

Au cou : *Syphilide pigmentaire* en évolution.
De carnation brune.

57. — Duch..., 27 ans. — Chancre syphilitique anal en 1905 ; plaques muqueuses vulvaires et roséole floride quelque temps après.

Traitement au moment de la roséole : Liqueur de Van Swieten.
Au cou : *Syphilide pigmentaire typique*.
De carnation brune.

58. — Col..., 19 ans. — Examen le 15 février 1910 : Chancre syphilitique passé inaperçu ; plaques muqueuses en décembre 1909, vues à Saint-Lazare. N'a pas remarqué la roséole.

Aucun traitement jusqu'en décembre 1909 : A eu 3 injections d'huile grise.

Au cou : *Syphilide pigmentaire vraie typique*, brun-sépie, descend en avant jusqu'au niveau des seins et des aisselles ; en arrière, s'enfonçant dans la région interscapulaire.

De carnation excessivement brune : Fille d'Italiens ; très pigmentée de peau.

59. — Tar..., 18 ans. — Examen le 3 avril 1910 : Chancre syphilitique passé inaperçu ; accidents syphilitiques diagnostiqués à Saint-Louis, en novembre 1909 ; actuellement plaques muqueuses vulvaires et buccales ; syphilides érythémato-papuleuses squameuses ; roséole depuis fin décembre ; roséole de retour, couvrant le cou.

Traitement incomplet, n'ayant pas suivi le traitement de l'hôpital Saint-Louis avec rigueur. Est mise à un traitement énergique à partir du mois d'avril, à l'hôpital Broca.

Au-cou : *Syphilide pigmentaire vraie typique*.
De carnation brune.

60. — Georgette V..., 19 ans. — Examen le 1^{er} avril 1910 : Bartholinite en août 1909 ; chancre syphilitique passé inaperçu.

Revient, salle Astruc, le 1^{er} avril 1910 pour des plaques muqueuses vulvaires et buccales ; alopecie ; syphilides érythémato-papuleuses en janvier 1910, qui a duré 3 mois.

Aucun traitement.

Actuellement roséole en disparition.

Au cou : *Syphilide pigmentaire typique*.
De carnation brune.

61. — Laf..., 21 ans, cartonnière. — Examen le 12 avril 1910 : Chancre syphilitique vulvaire en juin 1909.

Resle six semaines sans traitement : Traitement tardif. Est mise aux injections d'huile grise.

Roséole quatre jours après la première injection d'huile grise ; plaques muqueuses en juillet 1909. La roséole disparaît en trois semaines.

Au cou : *Syphilide pigmentaire typique* en évolution, remarqué depuis octobre 1909.

De carnation brune.

Actuellement roséole de retour depuis 15 mars 1910.

62. — Blanche R..., 37 ans. — Chancre syphilitique passé inaperçu ; roséole *cervicale* et plaques muqueuses en juillet 1905.

Traitement post-roséolique : A eu des pilules de protoiodure pendant 2 ans, et 60 injections d'huile grise.

Au cou : *Syphilide pigmentaire typique* 5 ans après son apparition. N'a pas eu de roséole de retour.

De carnation brune.

63. — Juliette R..., 18 ans. — Examen le 10 avril 1910 : Chancre syphilitique passé inaperçu ; abcès margellaire de l'anus depuis octobre 1909 ; plaques muqueuses vulvaires en janvier 1910 ; gale ; excoriations ; papules et cicatrices disséminées sur tout le corps.

Aucun traitement mercuriel : Mise au traitement le 1^{er} mars 1910 : 3 injections intraveineuses de cyanure de mercure.

La roséole est définitivement décelée au milieu de l'éruption postscabieuse.

Syphilide pigmentaire se dessine nettement.

De carnation brune : Cheveux châains ; yeux bruns.

64. — Bir..., 29 ans. — Chancre amygdalien droit, méconnu en novembre 1909. Traité pour un soi-disant phlegmon amygdalien.

Sans aucun traitement mercuriel.

Roséole, 1^{er} janvier 1910, prenant le caractère du type supérieur, céphalo-cervico-thoracique.

Traitement tardif : Mise au traitement par huile grise le 15 décembre 1909. A eu 6 injections.

Au cou : *Réseau érythémateux* pigmenté par endroits.

Syphilide pigmentaire définitive le 6 avril 1910, à teinte légère.

De carnation blonde : Cheveux blonds ; yeux bleus.

65. — Const..., 27 ans. — Examen en mars 1910 : Chancre syphilitique passé inaperçu ; roséole en mars 1909.

Traitement post-roséolique : Huile grise et traitement radiothérapique.

Au cou : La malade a eu, un mois après la roséole, une *syphilide pigmentaire typique* actuellement en voie de disparition.

Revient pour des syphilides psoriasiformes.

De carnation brune.

66. — Yv..., 25 ans. — Chancre syphilitique vulvaire en février 1910, constaté par un médecin. Malgré le diagnostic, *aucun traitement mercuriel*. Plaques muqueuses en mars 1910 ; roséole discrète constatée à Broca.

Traitement post-roséolique : Huile grise le 13 avril 1910.

Au cou : *Syphilide pigmentaire typique* à la période d'état le 20 avril 1910. Alopécie.

De carnation brune : Brune de peau ; cheveux bruns ; yeux bruns.

67. — X..., 19 ans. — Examen le 15 avril 1910 : Chancre syphilitique vulvaire et adénopathie inguinale droite, août 1909.

Aucun traitement jusqu'à l'apparition de plaques muqueuses vulvaires en octobre 1909. N'a pas remarqué la roséole.

Traitement post-roséolique le 15 octobre 1909 : 60 injections de biiodure de mercure et frictions.

Au cou : *Syphilide pigmentaire vraie typique* localisée à la nuque et sur le côté latéral droit.

De carnation brune : Brune de peau ; cheveux bruns ; yeux bruns.

68. — Blanche M..., 21 ans. — Examen le 21 avril 1910 : Chancre passé inaperçu ; plaques muqueuses périanales diagnostiquées à Saint-Lazare en juin 1908. N'a pas remarqué la roséole.

Traitement post-roséolique en juin 1908 : 2 séries d'injections d'huile grise.

Au cou : *Syphilide pigmentaire vraie typique*. Extension vers la région interscapulaire, lombosacrée et périombilicale.

Pas de grosseur antérieure. A eu la gale.

De carnation blonde : Cheveux, cils, sourcils blonds ; les yeux bleus. A la figure : taches de rousseur ; lentigo ; nævi pigmentaire congénital.

69. — M^{me} B..., 29 ans. — Examen le 1^{er} mars 1910 : Tous les accidents, chancre syphilitique, roséole et plaques muqueuses ont passé inaperçus. La maladie s'est annoncée trois mois après le mariage, par une *syphilide pigmentaire typique* en janvier 1903.

Traitement tardif en juin 1905 : A eu des séries d'huile grise pendant trois ans.

Actuellement, sept ans après le début de l'infection : *Syphilide pigmentaire vraie typique* qui persiste de la façon la plus nette.

La malade est de carnation brune : Yeux bruns ; cheveux bruns ; très brune de peau.

70. — Yv..., 25 ans. — Examen le 1^{er} mai 1910 : Chancre syphilitique vulvaire méconnu, le 1^{er} mars 1910 ; roséole syphilitique le 1^{er} avril 1910.

Traitement post-roséolique : 3 injections d'huile grise depuis le 15 avril 1910.

Au cou : *Syphilide pigmentaire vraie typique* ainsi qu'au niveau de la ceinture.

De carnation brune.

71. — Marie D..., 17 ans. — Examen le 1^{er} mai 1910 : Chancre syphilitique passé inaperçu ; plaques muqueuses vulvaires en novembre 1909 ; roséole généralisée et *cervicale*.

Traitement post-roséolique : 80 injections de biiodure ; 2 injections d'huile grise.

Au cou : *Syphilide pigmentaire typique* ainsi qu'au niveau de la région interscapulaire. N'a jamais été remarquée.

De carnation brune : Brune de peau ; cheveux, yeux bruns.

72. — Col..., 27 ans. — Examen le 1^{er} mai 1910 : Chancre syphilitique méconnu en juillet 1905 ; roséole syphilitique en août 1905 ; plaques fauchées.

Traitement post-roséolique : 2 séries d'huile grise ; pilules.

Au cou : *Syphilide pigmentaire* en disparition.

Le collier a toujours présenté une nuance jaune franc.

De carnation blonde : Cheveux blonds, yeux bleus. — Présente au niveau de la figure et de la fesse gauche des *nævi pigmentaires*.

B. — Femmes syphilitiques n'ayant pas de syphilide pigmentaire.

73. — R..., 21 ans, plumassière. — Examen le 12 avril 1910 : Chancre syphilitique vulvaire le 1^{er} juin 1908.

Traitement immédiat, deux semaines après son apparition, le 18 juin 1908 : A eu 22 injections d'huile grise. N'a pas eu de roséole ni aucune autre éruption. Actuellement, plaques muqueuses vulvaires.

Pas de syphilide pigmentaire.

De carnation brune.

74. — Bern..., 16 ans, modèle. — Examen le 19 février 1910 : Chancre du clitoris en juillet 1909.

Traitement immédiat : 13 injections d'huile grise ; 2 séries de biiodure et 4 injections intraveineuses de cyanure de mercure. N'a jamais eu de roséole maculeuse ou papuleuse. A présenté 15 éléments de syphilides érythémato-papuleuses sur le corps ; plaques muqueuses buccales.

Pas de syphilide pigmentaire.

Au cou : Quelques cicatrices post-acnéiques.

De carnation brune.

75. — Bouch..., 19 ans, bonne. — Chancre syphilitique vulvaire le 20 février 1910.

Traitement immédiat, le 1^{er} mars 1910 : Huile grise. N'a pas eu de roséole.

Pas de syphilide pigmentaire.

De carnation brune.

76. — Philomène C..., 19 ans. — Chancre amygdalien le 4 mai 1909. N'a jamais eu de roséole.

Traitement immédiat : Huile grise.

Syphilides érythémato-papuleuses au cuir chevelu et à la figure ; 8 éléments au niveau de la région cervicale.

Pas de syphilide pigmentaire.

De carnation brune.

77. — Marie S..., 20 ans. — Chancre syphilitique vulvaire le 1^{er} janvier 1910.

Traitement immédiat : Huile grise.

Pas de roséole.

Pas de syphilide pigmentaire.

De carnation brune.

78. — Augustine C..., 20 ans. — Examen le 10 février 1910 : Chancre syphilitique traité à la Pitié, en novembre 1909.

Traitement immédiat : A eu 24 pilules de protoiodure, et 15 injections de biiodure.

N'a jamais eu de roséole.

Entre, le 1^{er} février, à l'hôpital Broca : N'a pas de roséole ; syphilides séborrhéiformes à la figure.

Pas de syphilide pigmentaire.

De carnation blonde : Cheveux blonds ; pas de pigmentation antérieure du cou ; n'a pas la paire de lunettes orbitaires.

Le 23 mars 1910 : *Pas de syphilide pigmentaire.*

79. — Marie I..., 50 ans. — Examen le 23 mars 1910 : Chancre passé inaperçu ; plaques muqueuses vulvaires en avril 1909 ; syphilides ulcéro gommeuses quelques mois après ; syphilis maligne précoce. N'a jamais eu de roséole.

Pas de syphilide pigmentaire.

80. — Dur..., 28 ans. — Examen le 10 février 1910 : Chancre passé inaperçu ; plaques muqueuses buccales le 27 octobre 1909 , *roséole syphilitique très discrète et fugace* n'ayant jamais dépassé la région des fausses côtes et, par conséquent, n'ayant à aucun moment remonté au cou.

Traitement post-roséolique : Huile grise.

Pas de syphilide pigmentaire.

De carnation brune : Cheveux noirs ; yeux gris-foncé.

81. — Jeanne L..., 38 ans. — Examen le 10 février 1910 : Chancre passé inaperçu ; plaques muqueuses en mai 1909. N'a jamais eu de roséole.

Traitement post-roséolique : 19 injections d'huile grise depuis juillet 1910.

Pas de syphilide pigmentaire.

De carnation brune : Cheveux châains ; yeux gris.

82. — Berthe G..., 21 ans. — Examen le 10 février 1910 : Chancre syphilitique passé inaperçu ; plaques muqueuses et ro-

séole en janvier 1910 ; *roséole discrète* n'ayant frappé que les cuisses et les avant-bras. Il n'y a rien eu d'après la malade, sur la poitrine et sur le cou.

Traitement post-roséolique le 8 février 1910.

Pas de syphilide pigmentaire.

De carnation brune : Cheveux châains ; yeux bruns.

83. — Lomb..., 34 ans. — Examen le 10 février 1910 : Chancre syphilitique passé inaperçu ; plaques muqueuses en novembre 1909. N'a jamais eu de roséole ; syphilides érythémato-papuleuses en novembre 1909.

Traitement tardif en novembre : A eu 4 séries d'huile grise.

Pas de syphilide pigmentaire.

De carnation brune.

84. — Eugénie R..., 18 ans. — Examen le 27 mars 1910 : Chancre syphilitique passé inaperçu ; plaques muqueuses en février 1910. N'a jamais eu de roséole.

Traitement tardif. Le 22 mars 1910 est mise au traitement : A eu 2 injections intraveineuses de cyanure de mercure.

Pas de syphilide pigmentaire.

De carnation blonde : Blanche de peau ; cheveux roux ; sourcils et cils de même couleur.

85. — Rém..., 23 ans. — Examen le 23 mars 1910 : Chancre syphilitique passé inaperçu ; plaques muqueuses vulvaires et buccales fin février 1910. N'a pas eu la roséole.

Traitement tardif : Huile grise.

Pas de syphilide pigmentaire.

De carnation blonde : N'est pas pigmentée de peau ; cheveux blonds ; yeux gris.

86. — Denise N..., 25 ans. — Examen le 27 mars 1910 : Chancre syphilitique passé inaperçu ; plaques muqueuses vulvaires fin février 1910.

Traitement tardif : A eu 12 injections intraveineuses de cyanure de mercure.

N'a jamais eu la roséole sur aucune partie du corps.

Pas de syphilide pigmentaire.

De carnation brune : Cheveux noirs ; yeux bruns.

87. — Marguerite G..., 27 ans. — Examen le 23 mars 1910 :

Chancre syphilitique passé inaperçu ; plaques muqueuses vulvaires en janvier 1910.

Traitement tardif en février 1910 : A eu 4 injections d'huile grise.

N'a jamais eu la roséole.

Au cou : Bande grisâtre *sans régions décolorées*. A eu le phthyriase de la tête, qui a déterminé au niveau de la nuque, une éruption papuleuse fortement prurigineuse, qui a guéri par un traitement antiseptique local.

Pas de syphilide pigmentaire.

De carnation brune : Cheveux châains ; yeux bleus.

88. — Magdeleine E..., 19 ans. — Examen le 10 février 1910 : Chancre syphilitique passé inaperçu ; adénopathie inguinale gauche ; plaques muqueuses en novembre 1909. N'a jamais eu la roséole.

Pas de syphilide pigmentaire.

Aucun traitement mercuriel.

De carnation brune.

89. — Absence de la syphilide pigmentaire chez une malade syphilitique, *de carnation blonde*, ayant eu une roséole floride :

Lis..., 38 ans, journalière. — Entre dans le service de M. Jeanselme, salle Fracastor, pour un lupus érythémateux, le 23 septembre 1909.

Le 20 novembre 1909, il se déclare une *roséole généralisée, floride*, à extension *cervicale* manifeste et où il existe aussi de nombreuses syphilides érythémato-papuleuses. On en prend un calque.

La malade est mise au traitement par le biiodure de mercure le 15 décembre 1909 : A eu 19 injections et a pris de l'iodure de potassium.

Le 21 février 1910 : Roséole de retour, généralisée, à larges éléments, circonée par endroits, s'arrêtant au niveau de la nuque et du cou.

Les éléments érythémato-papuleux n'existent plus qu'à l'état de macules brunâtres. Elles ne se sont pas résorbées à la façon indiquée par M. Gaucher, puisque il n'existe, à leur place, que des macules sans collerette achromique.

Il n'existe pas de syphilide pigmentaire.

Le 10 mars 1910 : Les macules consécutives aux syphilides érythémato-papuleuses ont complètement disparu.

Sur la face latérale droite du cou, il existe des taches de roséole de retour. Sur la face latérale gauche apparaissent de nouveaux éléments de syphilides érythémato-papuleuses.

Le 23 mars 1910 : Pas de leucomélanodermie post-éruptive.

Pas de syphilide pigmentaire typique.

La malade est de carnation blonde : peau non pigmentée ; les cheveux sont très blonds ; les yeux bleus.

90. — Hél..., 23 ans. — Examen le 1^{er} mai 1910 : chancre syphilitique passé inaperçu ; plaques muqueuses buccales en avril 1909. N'a jamais eu la roséole. Nie avoir eu la moindre éruption.

Traitement tardif : 30 injections de biiodure de Hg. Iodure. Pilules.

Au cou : *Pas de syphilide pigmentaire.*

De carnation blonde : cheveux blonds, yeux gris.

C. — Femmes syphilitiques remplissant les conditions de formation ultérieure de la syphilide pigmentaire.

91. — Yvonne N..., 17 ans. — Examen le 22 mars 1910 : Chancre syphilitique passé inaperçu ; roséole floride, généralisée et *cervicale* fin février 1910 ; plaques muqueuses vulvaires.

Aucun traitement : 1^{re} injection d'huile grise le 15 mars 1910.

Au cou : *Réseau érythémateux.*

De carnation brune : Cheveux châains ; yeux bruns.

La malade sort précipitamment de l'hôpital.

92. — Gabrielle G..., 25 ans. — Examen le 26 février 1910 : Chancre syphilitique vulvaire en décembre 1909.

Ne suit aucun traitement.

Plaques muqueuses en janvier 1910 ; roséole floride.

Au cou : Apparition d'un réseau grisâtre ; on ne peut pas le suivre. La malade sort de l'hôpital.

De carnation brune.

93. — Bond..., 20 ans. — Chancre syphilitique passé inaperçu ; plaques muqueuses buccales ; roséole le 6 janvier 1910, couvrant le cou.

Aucun traitement.

Au cou : *Réseau érythémateux.*

La malade sort de l'hôpital huit jours après son entrée.

94. — Berthe A..., 22 ans. — Chancre syphilitique passé inaperçu ; plaques muqueuses en décembre 1909 ; roséole de moyenne intensité

Aucun traitement mercuriel.

Au cou : *Roséole papuleuse.*

De carnation brune. La malade ne revient plus dans le service.

95. — Lor..., 27 ans, cuisinière. — Examen le 3 avril 1910 : Chancre passé inaperçu. On le retrouve au niveau du col. Roséole floride depuis le 5 mars 1910. Alopecie en clairière.

N'a suivi aucun traitement mercuriel.

La roséole remonte au cuir chevelu.

Au cou : *Réseau érythémateux*, entourant le cou totalement.

1 injection intraveineuse le 22 mars 1910.

De carnation blonde : Cheveux blonds, yeux blonds.

La malade sort précipitamment du service.

96. — Jeanne A..., 21 ans. — Chancre syphilitique passé inaperçu ; plaques muqueuses ; roséole floride, remontant au cou, 20 mars 1910.

Aucun traitement.

Au cou : *Réseau érythémateux.*

De carnation brune.

La malade sort de l'hôpital.

97. — Ber..., 20 ans. — Chancre syphilitique passé inaperçu en janvier 1910 ; plaques muqueuses ; roséole floride fin février 1910.

Aucun traitement : 3 injections de biiodure de Hg. depuis le 15 mars 1910.

Au cou : *Réseau érythémateux.*

De carnation brune.

La malade ne revient plus dans le service.

98. — X..., 20 ans. — Examen le 20 décembre 1909 : Roséole floride en novembre 1909, frappant le cou et le cuir chevelu ; céphalée.

Aucun traitement : Huile grise depuis le 25 décembre 1909.

Au cou : *Réseau érythémateux.*

De carnation brune.

Reste quelques jours à l'hôpital. Ne revient plus.

99. — Bea..., 33 ans. — Examen le 10 mars 1910 : Chancre syphi-

litique à la face interne de la cuisse gauche le 1^{er} février 1910 ; roséole floride le 8 mars 1910 ; céphalée le 15 février 1910.

Aucun traitement.

Au cou : *Réseau érythémateux.*

De carnation brune.

La malade sort du service.

100. — Levass..., 26 ans. — Examen le 2 février 1910 : Chancre syphilitique passé inaperçu ; roséole généralisée, floride, en octobre 1909.

Aucun traitement : En octobre 1909, injection d'huile grise.

Au cou : *Roséole papuleuse et maculeuse.*

A la nuque : Des éléments circinés.

La malade sort du service.

2^o Cent observations d'hommes syphilitiques à la période secondaire

(Observations prises dans les services de MM. les D^{rs} QUEYRAT et FOURNIER, de l'hôpital Ricord).

A. — Hommes ayant la syphilide pigmentaire.

101. — Dam..., 18 ans, maçon. — Examen le 10 mars 1910 : Chancre passé inaperçu au milieu d'une balano-postite et au cours d'une blennorrhagie ; plaques muqueuses buccales le 15 janvier 1910 ; roséole passée inaperçue.

Traitement post-roséolique : Huile grise.

Au cou : *Syphilide pigmentaire typique* ainsi qu'au niveau des aisselles, flancs.

De carnation brune : Cheveux châains, yeux grisâtres.

102. — Béth..., 21 ans, machinisté. — Chancre syphilitique en mai 1908.

Traitement post-roséolique : Reste sans traitement jusqu'à l'apparition de la roséole en juillet 1908 ; roséole floride, généralisée, *cervicale*. Prend 5 injections d'huile grise et ne se traite plus.

Au cou : *Syphilide pigmentaire typique* discrète et pâle, ainsi qu'aux épaules et au niveau de la région interscapulaire.

De carnation blonde : Cheveux blonds ; yeux gris.

Revient pour de la céphalée.

103. — G. de H..., 52 ans, chargeur au four. — Examen le 4 mars 1910 : Chancre syphilitique verge en juillet 1908.

Traitement tardif : Reste sans traitement jusqu'en septembre 1908 : Biiodure ; frictions. N'a pas eu de roséole. A la même époque, le malade a eu une éruption profuse de syphilides érythémato-papuleuses : bras, tronc, cou.

Au cou : *Syphilide pigmentaire atypique*, ainsi qu'au niveau des bras et du tronc.

De carnation brune : A toujours eu le cou pigmenté.

Revient pour de l'iritis.

104. — Val..., 33 ans, papetier. — Chancre syphilitique depuis le 15 février 1910.

Aucun traitement mercuriel.

Roséole actuellement.

Au cou : *Syphilide pigmentaire typique* en évolution.

De carnation blonde.

105. — Eugène M..., 19 ans, décolleteur. — Chancre syphilitique verge en octobre 1909.

Traitement tardif un mois après son apparition, en fin novembre 1909 : A pris 90 pilules de protoiodure.

Roséole en novembre 1909. A été discrète et a duré quelques jours.

Au cou : *Syphilide pigmentaire typique.*

De carnation brune : Cheveux châains ; yeux bruns.

106. — A. B. A..., 24 ans (de souche arabe, habitant Biskra). — Examen le 24 mars 1910 : Chancre syphilitique verge en décembre 1909.

Traitement tardif : Prend des pilules de protoiodure fin janvier 1910.

Roséole floride déterminant un réseau.

Au cou : *Syphilide pigmentaire typique.*

De carnation brune : Très foncé de peau ; cheveux noirs et crépus.

107. — Gir..., 19 ans, mécanicien. — Examen le 24 mars 1910 : Chancre syphilitique le 16 décembre 1909.

Traitement tardif. Reste sans traitement jusqu'au 25 janvier 1910 : 2 injections d'huile grise et des frictions.

Roséole floride.

Au cou : *Syphilide pigmentaire typique.*

De carnation brune : Cheveux bruns ; yeux gris. A toujours travaillé à côté des fours ; très pigmenté de peau.

108. — Rom..., 26 ans, palefrenier. — Chancre syphilitique le 15 février 1910, méconnu ; roséole le 11 mars 1910.

Traitement post-roséolique : 22 pilules de protoiodure.

Au cou : *Syphilide pigmentaire* localisée à la face latérale droite du cou.

De carnation brune : Cheveux châains ; yeux gris.

109. — Chal..., 34 ans. — Chancre syphilitique passé inaperçu ; plaques muqueuses anales, buccales, préputiales, le 15 mars 1910 ; roséole discrète.

Traitement post-roséolique : Frictions mercurielles depuis le 24 mars 1910.

Au cou : *Syphilide pigmentaire* en évolution, sur les parties latérales, mais peu marquée.

De carnation blonde : Cheveux blonds ; yeux gris.

110. — Del..., 26 ans. — Examen le 1^{er} avril 1910 : Chancre syphilitique de la verge en octobre 1909. On le diagnostique en janvier à l'hôpital Cochin. A eu la roséole.

Traitement post-roséolique : A eu 5 injections d'huile grise depuis le 14 janvier 1910. Ne s'est plus traité depuis.

Au cou : *Syphilide pigmentaire typique* en évolution.

De carnation brune : Cheveux et les yeux bruns.

111. — Kun..., 33 ans, cordonnier. — Chancre syphilitique le 20 décembre 1909, situé à la verge.

Traitement immédiat : Mis au traitement à l'hôpital Saint-Louis, le 24 décembre 1910, où le malade prend 45 pilules de protoiodure.

N'a jamais eu de roséole. Actuellement : Syphilides érythémato-papuleuses en évolution et en régression, frappant tout le corps.

Au cou : *Syphilide pigmentaire atypique* en formation, puis-qu'on remarque à ce niveau des éléments érythémateux et papuleux en voie de régression : les uns sont plissés et déprimés, d'autres à l'état achromique (*pas de syphilide pigmentaire typique*).

De carnation brune.

Le malade a eu 16 injections de biiodure de mercure.

112. — Lar..., 27 ans, publiciste. — Blennorrhagie en novembre 1909 ; balanite en janvier 1910.

Vient consulter le 25 mars 1910. On trouve : Chancre syphilitique de la verge ; roséole floride.

Aucun traitement mercuriel.

Au cou : *Syphilide pigmentaire* en formation.

De carnation brune.

113. — Har..., 22 ans, camelot. — Chancre syphilitique fin janvier 1910, passé inaperçu, au niveau de la verge. N'a pas remarqué la roséole. Wassermann. positif.

Aucun traitement mercuriel.

Au cou : *Syphilide pigmentaire* en formation.

De carnation brune.

114. — Bou..., 24 ans. — Examen le 1^{er} avril 1910 : Chancre amygdalien en mai 1908. N'a jamais eu la roséole.

Syphilis maligne précoce : Ulcérations larges, rupiformes au niveau des jambes, ayant apparu un mois et demi après le chancre syphilitique.

Au cou : *Syphilide pigmentaire atypique* formée par des éléments ronds et décolorés. Ils sont plissés, atrophés, déprimés ; vestiges de syphilides ulcéreuses ayant frappé cette région.

De carnation brune.

115. — G. A. B. S..., 25 ans, d'Alger. — A travaillé en plein champs : Chancre syphilitique de la verge le 25 décembre 1909, diagnostiqué le 12 février 1910 ; roséole floride.

Traitement post-roséolique : Une injection d'huile grise le 15 janvier 1910. N'a pas continué les piqûres à cause de la douleur.

Au cou : *Syphilide pigmentaire typique* à teinte café au lait.

De carnation fort brune : Cheveux noirs et crépus ; yeux bruns ; peau fortement pigmentée.

116. — Dro..., 18 ans, charretier. — Examen le 11 mars 1910 : Chancre syphilitique de la verge le 1^{er} janvier 1910 ; plaques muqueuses depuis le 9 février 1910. Aujourd'hui, roséole floride en disparition.

Aucun traitement mercuriel.

Au cou : *Syphilide pigmentaire typique* en formation.

De carnation brune : Cheveux bruns ; yeux noirs.

Le 18 mars, syphilide pigmentaire en évolution.

Le malade dit n'avoir jamais eu la roséole. Pourtant l'examen de la poitrine et du dos laisse voir une roséole des plus nettes.

117. — Lag..., 21 ans, forgeron. — Examen le 20 février 1909 :
Chancre syphilitique de la verge en octobre 1909.

Ne se traite pas immédiatement.

Roséole floride et *cervicale* en décembre 1909.

N'est pas encore au traitement.

Au cou : *Syphilide pigmentaire typique.*

De carnation brune.

118. — Cot..., 21 ans, cuisinier. — Examen le 7 février 1910 :
Deux chancres syphilitiques de la verge en janvier 1910.

Le diagnostic est en suspension jusqu'au commencement de février. A ce moment, Wassermann positif. Roséole au niveau du dos.

Aucun traitement.

Au cou : *Syphilide pigmentaire typique.*

De carnation brune.

119. — Cay..., 26 ans, a été en Algérie. — Chancre syphilitique de la verge en octobre 1909, méconnu jusqu'à l'apparition de la roséole. A été fugace, ayant disparu en 4 jours. Est apparu en novembre 1909 et a frappé le cou.

Traitement post-roséolique : 24 injections de biiodure de mercure et une d'huile grise.

Au cou : *Syphilide pigmentaire typique* en formation.

De carnation brune.

120. — End..., 24 ans, ébéniste. — Examen le 28 février 1910 :
Chancre syphilitique de la verge en novembre 1909, méconnu ; roséole floride le 1^{er} janvier 1910.

Traitement post-roséolique : 4 injections d'amalgame le 15 février 1910.

Au cou : *Syphilide pigmentaire typique* frappant les aisselles ainsi que la partie antérieure du cou. Est à la période d'état, le 4 mars 1910, lorsqu'elle prend la teinte brun-sépia.

De carnation brune.

121. — Emile D..., 27 ans. — Examen le 2 février 1910 : Chancre syphilitique de la verge en août 1909, diagnostiqué au mois de novembre 1909, à l'hôpital Saint-Louis ; roséole à cette époque.

Traitement post-roséolique en novembre 1909 : 60 pilules de protoiodure ; à partir du 24 décembre, 6 injections d'huile grise.

Au cou : *Syphilide pigmentaire typique.*

De carnation brune.

122. — Maurice L..., 17 ans. — Examen le 4 mars 1910 : Chancre syphilitique depuis la fin de décembre 1909.

Aucun traitement.

Roséole en février 1910.

Traitement post-roséolique : Mis au traitement le 25 février : huile grise.

Au cou : Réseau grisâtre. Syphilide pigmentaire particulièrement nette dans la région interscapulaire.

De carnation brune.

123. — Bar..., 29 ans. — Examen le 25 février 1910 : Chancres syphilitiques de la verge, perdus au cours d'une blennorrhagie en février 1908.

Aucun traitement mercuriel.

A eu une roséole discrète aux membres et à la poitrine en mars 1908.

Au cou : *Syphilide pigmentaire typique* particulièrement nette à la partie antérieure du cou, en disparition sur le reste du cou.

De carnation brune.

124. — Chen..., 20 ans. — Examen le 11 mars 1910 : Chancre syphilitique en septembre 1909 ; roséole généralisée en octobre 1909.

Traitement post-roséolique : 6 injections d'huile grise depuis octobre 1909.

Au cou : *Syphilide pigmentaire* en formation.

De carnation brune.

125. — Aul..., 18 ans, charcutier. — Examen le 11 mars 1910 : Chancre syphilitique de la verge en juillet 1909.

Traitement immédiat : A eu 3 séries d'injections de platine. N'a jamais eu d'injections mercurielles ; roséole en janvier 1910, floride, généralisée et *cervicale*.

Au cou, sur son côté latéral droit : *Syphilide pigmentaire* localisée. A la nuque, des macules pigmentaires en quinconce, vestiges d'anciennes syphilides dont le malade ne se rappelle pas l'existence.

De carnation brune.

126. — Lap..., 25 ans, marinier. — Examen le 11 mars 1910 : Chancre syphilitique de la verge en décembre 1909. A la roséole actuellement. Siège *cervical*.

Traitement post-roséolique : N'est mis au traitement que le 11 mars 1910.

Syphilides érythémato-papuleuses.

Au cou : *Syphilide pigmentaire* en évolution. Très discrète. Quelques éléments érythémato-papuleux disséminés.

A la nuque : Réseau érythémateux en train de se pigmenter.

De carnation blonde. Cheveux blonds ; les yeux bleus.

127. — Léon C..., 33 ans. — Examen le 10 janvier 1910 : Chancre syphilitique de la verge en octobre 1909.

Aucun traitement jusqu'à l'apparition de la roséole en décembre 1909.

Au cou : *Syphilide pigmentaire typique*.

De carnation brune ; Cheveux bruns ; yeux bruns.

128. — Der..., 20 ans. — Examen le 10 janvier 1910 : Chancre syphilitique à la verge en novembre 1909. N'a pas eu de roséole consécutive. Entre pour de l'ecthyma des jambes. Syphilides érythémato-papuleuses disséminées.

Aucun traitement mercuriel. Le malade est tuberculeux.

Au cou : *Pas de syphilide pigmentaire*. Un seul élément érythémato-papuleux.

Le 25 février : Pas de roséole ; pas de syphilide pigmentaire ; aucun traitement mercuriel.

Le 11 mars 1910 : Apparition d'une roséole à larges éléments circinés ayant l'apparence d'une roséole de retour.

A la nuque : Il existe des macules érythémateuses dont trois circinées ; alopecie. Aucun traitement mercuriel.

Le 18 mars 1910 : Les éléments circinés ont pâli.

Le 2 avril 1910 : Apparition d'un réseau grisâtre au niveau de la nuque.

Syphilide pigmentaire en évolution.

De carnation fortement brune.

Aucun traitement mercuriel.

129. — Gl..., 26 ans. — Examen le 24 mars 1910 : Chancre syphilitique de la verge fin août 1909.

Reste deux mois sans traitement.

Traitement tardif : Le 12 novembre 1909 commence les injections d'huile grise. A eu 14 injections.

Syphilides érythémato-papuleuses disséminées.

Au cou : *Syphilide pigmentaire typique*. *Forme mixte* puisqu'il

existe quelques lunules achromiques au niveau de la nuque ; vestiges de syphilides érythémato-papuleuses.

Syphilides psoriasiformes au niveau du cuir chevelu et de la figure. Alopécie en clairière.

De carnation brune.

130. — B..., 24 ans, gargon de café. — Examen le 15 avril 1910 : Chancre syphilitique de la verge en décembre 1910, méconnu.

Aucun traitement.

Roséole syphilitique en février 1910.

Traitement post-roséolique : 15 injections de benzoate de mercure à Saint-Louis.

Au cou : *Syphilide pigmentaire* en évolution.

De carnation brune : Cheveux noirs ; yeux de même nuance.

131. — Dar..., 31 ans. — Examen le 15 avril 1910 : Chancre syphilitique de la verge et balanite en janvier 1910 :

Aucun traitement.

Actuellement : Roséole floride.

Traitement post-roséolique le 1^{er} avril 1910 : 5 frictions mercurielles.

Au cou : *Syphilide pigmentaire* en évolution.

De carnation brune : Cheveux et yeux noirs.

132. — Par..., 24 ans, plongeur. — Examen le 15 avril 1910 : Chancre syphilitique passé inaperçu ; roséole (ventre, poitrine) en décembre 1909.

Traitement post-roséolique le 24 janvier 1910 : 18 frictions mercurielles.

Au cou : *Syphilide pigmentaire vraie typique* à la période d'état, particulièrement intense à la nuque.

De carnation brune : Cheveux et yeux noirs.

133. — Gaston L..., 38 ans, cuisinier. — Examen le 15 avril 1910 : Chancre syphilitique passé inaperçu ; forte angine en décembre 1909, ayant duré un mois.

Ne consulte aucun médecin.

Roséole floride le 15 janvier 1910.

Traitement post-roséolique le 1^{er} février 1910 : 1 injection d'huile grise ; 15 injections de benzoate de mercure ; iodure de K.

Au cou : *Syphilide pigmentaire typique*, à la période d'état.

De carnation fortement brune : Très pigmenté de peau ; cheveux et yeux noirs.

134. — Mar..., 25 ans, paveur. — Examen le 15 avril 1910 :
Chancre syphilitique en août 1909.

Reste sans traitement jusqu'en octobre 1909.

N'a pas remarqué la roséole.

Traitement tardif : 120 pilules, iodure de potassium.

Au cou : *Syphilide pigmentaire typique*, discrète, virant au jaune franc.

De carnation blonde : Blanc de peau ; cheveux blonds ; yeux gris.

B. — Hommes n'ayant pas la syphilide pigmentaire.

135. — Pr..., 36 ans, forgeron. — Chancre syphilitique de la verge en avril 1909:

Traitement immédiat 15 jours après son apparition : 4 injections d'huile grise.

Roséale fugace disparaissant en 2 jours.

Au cou : *Pas de syphilide pigmentaire*.

De carnation brune : Cheveux bruns ; yeux gris.

136. — Selt..., 29 ans. — Chancre syphilitique de la verge en janvier 1910.

Traitement tardif : Mise au traitement le 17 mars 1910.

N'a jamais eu de roséole ni aucune éruption autre.

Au cou : *Pas de syphilide pigmentaire*.

De carnation brune.

137. — Lem..., 40 ans. — Chancre syphilitique de la verge en octobre 1909.

Traitement tardif le 10 novembre 1909 : 16 pilules de protoiodure ; iodure.

Jamais de roséole. Syphilides érythémato-papuleuses.

Au cou : *Pas de syphilide pigmentaire*.

De carnation brune.

138. — Rayn..., 30 ans, charretier. — Examen le 4 avril 1910 :
3 chancres syphilitiques de la verge le 15 décembre 1909.

Traitement préroséolique institué le 15 janvier 1910 : 120 pilules de protoiodure et 2 injections de calomel.

Jamais de roséole.

Au cou : *Pas de syphilide pigmentaire*.

Quelques éléments érythémato-papuleux.

De carnation blonde : Cheveux blonds ; yeux gris ; blanc de peau.

139. — Dall..., 28 ans, mouleur en cuivre. — Chancre syphilitique de la verge le 15 octobre 1909.

Traitement préroséolique vingt jours après son apparition : 120 pilules de protoiodure ; un mois de repos ; 120 pilules depuis janvier 1910 et 16 injections de biiodure.

Jamais de roséole.

Pas de syphilide pigmentaire.

Syphilides psoriasiformes de la figure.

De carnation brune.

140. — Lamb..., 30 ans. — Chancre syphilitique en mars 1909.

Traitement préroséolique un mois après son apparition : 5 injections d'amalgame ; une injection d'huile grise en avril 1909.

Pas de roséole.

Syphilides érythémato-papuleuses en mai 1909.

De carnation brune.

141. — François B..., 23 ans. — Examen le 16 mars 1910 : Chancre syphilitique de la verge fin décembre 1909.

Aucun traitement.

Syphilides érythémato-papuleuses depuis 8 mars 1910.

Traitement par des inhalations mercurielles.

N'a pas eu la roséole.

Au cou : *Pas de syphilide pigmentaire.*

De carnation blonde.

142. — Hér..., 27 ans, marin. — Examen le 1^{er} mars 1910 : Chancre syphilitique de la verge 1^{er} mai 1910.

Traitement préroséolique immédiat : 20 pilules de protoiodure ; 1 injection d'huile grise.

Jamais de roséole.

Syphilide érythémato-papuleuse depuis le 24 janvier 1910.

Syphilide papulo-tuberculeuse.

Au cou : *Pas de syphilide pigmentaire.*

De carnation brune.

143. — Pat..., chauffeur. — Examen le 1^{er} avril 1910 : Chancre syphilitique de la verge le 1^{er} janvier 1909.

Pas de traitement immédiat.

Syphilis maligne précoce : Syphilide papulo-tuberculo-ulcéreuse en février 1909.

Traitement tardif le 15 février 1909 : 60 pilules.

Guérison des syphilides au bout de deux mois. Pas de plaques muqueuses ni angine. Jamais de roséole.

Au cou : *Pas de syphilide pigmentaire*. Cicatrices d'acné.

Revient pour une gomme de la verge.

De carnation brune.

144. — Hup..., 24 ans, cocher. — Examen le 11 mars 1910 : Chancre syphilitique 1^{er} janvier 1910.

Syphilis maligne précoce : Syphilides papulo-ulcéreuses le 15 février 1910.

Jamais de roséole ; pas de plaques muqueuses.

Aucun traitement.

Au cou : *Pas de syphilide pigmentaire.*

145. — H..., 37 ans. — Mal de gorge en novembre 1909. Durée : 3 semaines.

Syphilis maligne précoce : Syphilides ulcéreuses en décembre 1909. Pas de roséole.

Au cou : *Pas de syphilide pigmentaire.*

Traitement tardif en janvier : 10 injections d'huile grise ; sirop de Gibert.

De carnation blonde.

146. — X... — Chancre syphilitique de la verge en juillet 1909.

Syphilis maligne précoce : Gommès à la jambe en janvier 1910.

Traitement immédiat 15 jours après l'apparition du chancre syphilitique : 180 pilules.

Jamais de roséole.

Au cou : *Pas de syphilide pigmentaire.*

De carnation brune.

147. — Henri Ch..., 28 ans. — Chancre syphilitique de la verge en décembre 1909 (passé inaperçu).

Syphilis maligne précoce : Syphilides ulcéro-croûteuses en février 1910. Pas de roséole.

Traitement tardif le 7 mars 1910 : 2 injections d'huile grise.

Au cou : *Pas de syphilide pigmentaire.*

De carnation brune.

148. — Petit V..., 29 ans, maçon. — Chancre syphilitique de la verge en juillet 1907.

Traitement immédiat 4 jours après son apparition : Pilules de protoiodure ; sirop de Gibert.

N'a pas eu la roséole.

Au cou : *Pas de syphilide pigmentaire.*

De carnation blonde : Cheveux, sourcils et cils roux ; taches de rousseur autour du cou ; fausse syphilide pigmentaire.

149. — Jacob..., 20 ans, couvreur. — Examen le 11 mars 1910 : 3 chancres syphilitiques de la verge ; 1 chancre syphilitique à la lèvre inférieure le 12 janvier 1910.

Traitement immédiat suivi à Saint-Louis : 20 pilules de protoiodure ; frictions à Ricond.

Roséole discrète. Nombreuses syphilides érythémato-papuleuses au cou ; cicatrices d'acné de la région interscapulaire.

Au cou : *Pas de syphilide pigmentaire typique.*

Les éléments érythémato-papuleux persistent.

De carnation brune.

150. — Desp..., 25 ans. — Chancre syphilitique de la verge en mai 1909.

Traitement préroséolique : 6 injections d'huile grise en juin 1909 ; 60 pilules de protoiodure.

Roséole discrète, fugace, ayant duré 2 jours.

Syphilides érythémato-papuleuses en janvier 1910.

Au cou : *Pas de syphilide pigmentaire.*

De carnation brune.

151. — Lesc..., 20 ans. — Examen le 30 janvier 1910 : Chancre syphilitique de la verge en septembre 1909.

Traitement immédiat : 6 injections d'huile grise.

Jamais de roséole.

Au cou : *Pas de syphilide pigmentaire.*

De carnation blonde.

152. — Bil..., 29 ans. — Chancres syphilitiques multiples en décembre 1909 diagnostiqués en janvier 1910.

Traitement immédiat en janvier 1910 : 6 injections d'huile grise.

Pas de roséole.

Au cou : *Pas de syphilide pigmentaire.*

De carnation blonde.

153. — Ber..., 33 ans, cordonnier. — Chancre syphilitique de la verge en septembre 1909.

Traitement immédiat en septembre 1909 : Est mis à l'iodure de K.

Jamais de roséole.

Au cou : *Pas de syphilide pigmentaire.*

De carnation blonde.

154. — Del..., 42 ans, cultivateur. — Examen le 25 février 1910 : 3 chancres syphilitiques de la verge en novembre 1909.

Traitement préroséolique en décembre 1909 : 6 injections d'huile grise ; frictions.

Pas de roséole. Syphilides érythémato-papuleuses depuis le 1^{er} février 1910.

Au cou : *Pas de syphilide pigmentaire.*

A la nuque : rangée d'éléments érythémato-papuleux n'aboutissant pas à la leucomélanodermie post-éruptive.

De carnation brune.

155. — Bea..., 26 ans. — Examen le 11 avril 1910 : chancre méconnu en décembre 1909. Traité pour chancre mou. On le trouve induré le 18 février 1910. Wassermann positif.

Traitement immédiat : Huile grise.

Pas de roséole.

Au cou : *Pas de syphilide pigmentaire.*

De carnation blonde.

156. — Al..., 38 ans, charpentier. — Examen le 15 février 1910 : Chancre syphilitique de la verge en juillet 1909.

Traitement préroséolique : Pilules de protoiodure ; amalgame.

Roséole discrète et fugace.

Au cou : *Pas de syphilide pigmentaire.*

De carnation brune.

157. — Est..., 23 ans, imprimeur. — Examen le 25 février 1910 : Chancre syphilitique de la verge le 20 décembre 1909, méconnu ; Wassermann positif en janvier 1910.

Traitement préroséolique : Injections d'huile grise.

Pas de roséole.

Au cou : *Pas de syphilide pigmentaire.*

De carnation brune.

158. — Joseph L..., 32 ans. — Chancre syphilitique de la verge en juillet 1909.

Traitement immédiat : 10 injections d'huile grise ; frictions Hg ; pilules de protoiodure.

Roséole discrète et fugace, disparaissant en 3 jours.

Au cou : *Pas de syphilide pigmentaire.*

De carnation blonde.

159. — A.-B.-B... (d'Alger), forain. — Chancre syphilitique de la verge le 15 novembre 1909.

Traitement préroséolique : 20 injections de biiodure en décembre 1909, à Saint-Louis, et pilules de protoiodure, à Ricord.

Pas de roséole.

Au cou : *Pas de syphilide pigmentaire.*

De race nègre.

160. — Rif..., 30 ans. — Chancre syphilitique à la verge en mars 1908.

Traitement immédiat : Par pilules prises continuellement jusqu'au mois d'août 1908 ; injections d'huile grise régulièrement prises jusqu'à aujourd'hui.

Jamais de roséole.

Au cou : *Pas de syphilide pigmentaire.*

De carnation brune.

161. — Mau..., 39 ans, chaudronnier. — Examen le 25 février 1910 : A eu, en 1896, il y a 14 ans, la syphilis (chancre, roséole...). Actuellement, *nouvelle inoculation.*

Chancre syphilitique de la verge en septembre 1909.

Aucun traitement mercuriel depuis cet accident.

Roséole discrète au niveau du bas-ventre ; rien au cou. Disparaît au bout de 4 jours.

Traitement post-roséolique : 5 frictions mercurielles.

Au cou : *Pas de syphilide pigmentaire.*

Deux taches achromiques (anciennes brûlures) ; paralysie faciale droite depuis l'âge de 4 ans ; hémiplegie gauche depuis février 1909.

De carnation blonde.

162. — Dub..., 30 ans. — Examen le 4 mars 1910 : Chancre syphilitique de la verge le 1^{er} avril 1909, diagnostiqué par un médecin.

Traitement immédiat : Pilules de protoiodure pendant 3 mois ;
4 injections d'huile grise.

Jamais de roséole.

Au cou : *Pas de syphilide pigmentaire.*

De carnation brune.

163. — Lem..., menuisier. — Chancre syphilitique de la verge en 1908. Affirme avoir eu une roséole légère, localisée au niveau du bas-ventre, et qu'elle n'a duré qu'une journée.

Aucun traitement jusqu'en août 1909.

De carnation blonde : Cheveux blonds ; yeux gris.

Revient pour un sarcocèle syphilitique.

164. — C. G. T..., 42 ans, homme de lettres. — Chancre syphilitique passé inaperçu ; céphalée et syphilides érythémato-papuleuses vers la fin d'août 1909.

Traitement tardif : 7 injections d'amalgame ; 6 injections d'huile grise ; frictions en septembre 1909.

Jamais de roséole. Le malade s'est bien observé.

Au cou : *Pas de syphilide pigmentaire.*

Actuellement : Iritis.

165. — Cou..., 25 ans, maçon. — Examen le 11 avril 1910 : Chancre syphilitique le 15 janvier 1910.

Traitement immédiat : 24 pilules de protoiodure depuis le 1^{er} février 1910.

Pas de roséole.

Au cou : *Pas de syphilide pigmentaire.*

De carnation brune : Cou hyperpigmenté normalement.

166. — Dar..., 29 ans, porteur aux Halles. — Examen le 4 mars 1910 : Chancre uréthral en septembre 1909 ; roséole minime en octobre 1909 ; quelques taches au ventre, n'ayant pas persisté plus de 3 jours.

Traitement post-roséolique : 2 séries d'huile grise.

Plaques muqueuses.

Au cou : *Pas de syphilide pigmentaire.*

De carnation blonde : Cheveux blonds ; yeux bleus.

167. — Poi..., 35 ans. — Examen le 4 mars 1910 : Chancre syphilitique en juillet 1909.

Traitement immédiat : 13 injections d'huile grise.

Jamais de roséole.

Au cou : *Pas de syphilide pigmentaire.*

De carnation blonde : Cheveux roux ; yeux de même couleur.

168. — Rey..., 29 ans, menuisier. — Chancre syphilitique de la verge en octobre 1909.

Traitement précoce : 76 pilules de protoiodure et 6 injections d'huile grise.

Roséole fugace, à peine visible, sur les avant-bras.

Au cou : *Pas de syphilide pigmentaire.*

De carnation brune.

169. — Cul..., 20 ans. — Examen le 4 avril 1910 : Chancre syphilitique de la verge fin décembre 1909.

Traitement immédiat.

Jamais de roséole.

Au cou : *Pas de syphilide pigmentaire.*

De carnation brune.

170. — Tru..., 27 ans, cimentier. — Chancre syphilitique de la verge en février 1909.

Traitement immédiat : 60 pilules iodure de K. ; 5 injections de cyanure de mercure ; 25 injections d'huile grise.

A eu une roséole minime et fugace.

Au cou : *Pas de syphilide pigmentaire.*

De carnation brune.

171. — Bus..., 20 ans. — Examen le 4 mars 1910 : Chancre syphilitique de la verge en octobre 1909 ; roséole en décembre 1909. Était du type inférieur, ayant occupé le ventre, les cuisses, les hanches. La poitrine n'était pas prise, le cou non plus.

Traitement post-roséolique : 8 injections d'huile grise.

Syphilides marginées, séborrhéiformes à la figure.

Au cou : *Pas de syphilide pigmentaire.*

De carnation blonde (le malade est allemand).

172. — Gen..., 26 ans. — Chancre syphilitique de la verge en octobre 1909.

Traitement immédiat : 6 injections d'huile grise.

Syphilides érythémato-papuleuses en novembre 1909. N'a pas eu la roséole.

Au cou : *Pas de syphilide pigmentaire.*

Pityriasis versicolore.

De carnation brune.

173. — Gor..., 27 ans. A été aux colonies. — Examen le 15 avril 1910 : Chancre syphilitique de la verge en janvier 1910. Tout le tégument est rempli de nombreux tatouages, ce qui a rendu impossible l'observation d'une roséole — si elle a existé.

Actuellement : Céphalée, plaques muqueuses.

Aucun traitement.

Traitement tardif le 1^{er} avril : Inhalation de vapeurs de mercure.

Au cou : *Pas de syphilide pigmentaire.*

De carnation blonde : Blanc de peau ; cheveux, cils, sourcils blonds ; yeux gris.

174. — H. R... — Examen le 15 avril 1910 : Balanite en novembre 1909 ; chancre passé inaperçu ; roséole passée inaperçue ; plaques muqueuses diagnostiquées à Ricord en janvier 1910.

Aucun traitement.

Traitement depuis avril 1910 : Injections d'huile grise .

Au cou : *Pas de syphilide pigmentaire.*

De carnation blonde : Peau blanche ; cheveux et yeux blonds.

175. — Paj..., 31 ans. — Examen le 15 avril 1910 : Chancre syphilitique de la verge le 15 novembre 1909.

Traitement immédiat six jours après son apparition : 120 pilules.

Pas de roséole. Aucun autre accident.

Au cou : *Pas de syphilide pigmentaire.*

De carnation brune : Cheveux bruns ; yeux bruns.

C. — **Hommes syphilitiques remplissant les conditions de formation de la syphilide pigmentaire, mais ayant échappé à notre observation.**

176. — Bou..., A., 30 ans, charbonnier. — Examen le 10 février 1910 : Chancre syphilitique de la verge en novembre 1909.

Aucun traitement mercuriel.

Roséole le 7 février 1910 ; roséole généralisée, *cervicale* ; réseau érythémateux typique.

Traitement post-roséolique : Injections de biiodure le 8 février 1910.

Le 12 février 1910 : Le réseau érythémateux se pigmente.

Le malade sort le 18 février 1910, sans qu'on puisse le suivre.

De carnation brune : Cou hyperpigmenté normalement.

177. — Auq..., 22 ans. — Examen le 25 février 1910 : Chancre syphilitique de la verge le 1^{er} janvier 1910.

Traitement tardif le 22 février 1910 : Huile grise.

Apparition de la roséole le 25 février 1910.

De carnation brune : Cou, hyperpigmenté normalement.

Le malade sort de l'hôpital.

178. — Leg..., 38 ans, boucher. — Chancre syphilitique méconnu ; chancres mous en décembre 1909 ; plaques muqueuses le 10 février 1910. A la même époque, roséole floride.

Traitement tardif le 14 février 1910 : Huile grise.

La roséole n'est pas encore disparue.

De carnation brune.

Sort de l'hôpital.

179. — Pr..., 26 ans. — Chancre syphilitique passé inaperçu ; roséole et syphilide papulo-érosives du scrotum et du limbe préputial le 10 février 1910.

Traitement tardif le 13 mars 1910 : Pilules de protoiodure.

De carnation brune.

Le malade sort de l'hôpital.

180. — Gall..., 18 ans. — Chancre syphilitique le 15 février 1910.

Traitement tardif le 14 mars 1910 : Commence une série de pilules.

La roséole apparaît fin mars 1910.

De carnation brune.

Sort de l'hôpital.

181. — Flor..., 24 ans. — Chancre syphilitique de la verge (?) en février 1909, diagnostiqué au Havre et suivi d'une intervention mercurielle immédiate, puisque le malade commence, huit jours après son apparition à prendre des pilules de protoiodure pendant deux mois. N'a pas eu de roséole à cette époque.

Apparition en décembre 1909, d'une ulcération sur la cicatrice

du chancre du mois de février. On fait le diagnoeitic de chancre induré, dans le service de M. Fournier.

A la même époque : Roséole floride à larges éléments ; réseau érythémateux.

Traitement post-roséolique le 16 mars 1910 : Pilules de protiodure.

De carnation blonde.

Le malade sort de l'hôpital.

182. — François B..., 23 ans, peintre. — Chancre syphilitique fin janvier 1910 ; syphilides érythémato-papuleuses le 1^{er} mars 1910.

Au cou : Nombreux éléments érythémato-papuleux.

Aucun traitement.

De carnation blonde.

Sort de l'hôpital.

183. — Henri B..., 35 ans. — Examen le 10 février 1910 : Balanite en février 1909 ; plaques muqueuses préputiales et anales ; roséole floride.

Aucun traitement mercuriel.

De carnation brune.

Sort de l'hôpital.

184. — Bon..., 29 ans. — Chancre syphilitique de la verge en février 1910 ; roséole floride le 15 mars 1910.

Traitement post-roséolique le 20 mars 1910.

Au cou : Eléments papuleux l'entourant complètement.

De carnation blonde.

Le malade sort de l'hôpital.

185. — Chart..., 27 ans, charretier. — Chancre syphilitique de la verge en janvier 1910, passé inaperçu ou méconnu ; roséole floride *cervicale*.

Traitement post-roséolique le 4 mars 1910.

Au cou : Réseau érythémateux typique.

De carnation brune.

Sort de l'hôpital.

186. — X... — Chancres syphilitiques multiples le 18 février 1910 ; roséole floride.

Traitement post-roséolique le 11 mars 1910.

De carnation brune.

Sort de l'hôpital.

187. — Gir..., 18 ans, boulanger. — Examen le 10 mars 1910 : Chancres mous de la verge en décembre 1909 ; chancre syphilitique à la lèvre inférieure en janvier 1910 ; roséole floride actuellement, siège *cervical*.

Au cou : *Réseau érythémateux*.

Quelques éléments papulo-squameux.

De carnation brune.

188. — Chab..., 18 ans, menuisier. — Examen le 1^{er} février 1910 : Chancre syphilitique de la verge en novembre 1909.

Aucun traitement mercuriel.

Au cou : *Syphilides érythémato-papuleuses*, pâlisant le 18 février 1910. Plissement de ces éléments vers le 25 février.

Le 11 mars ils sont à l'état maculeux.

De carnation blonde.

Le malade sort de l'hôpital.

189. — Boit..., 25 ans. — Chancre syphilitique en décembre 1909.

Traitement tardif le 20 janvier 1910 : Huile grise.

Roséole floride, *cervicale* le 25 janvier 1910.

Au cou : *Réseau érythémateux typique*.

De carnation brune.

Sort de l'hôpital.

190. — Flor..., 27 ans, tourneur. — Chancre syphilitique le 15 janvier 1910.

Traitement précoce le 1^{er} février 1910.

Roséole floride, *cervicale*.

Au cou : *Réseau érythémateux typique*.

De carnation brune.

Sort de l'hôpital.

191. — Legr..., 20 ans. — Chancre syphilitique à la lèvre supérieure le 15 décembre 1909 ; roséole floride, *cervicale*.

Traitement post-roséolique : Pilules de protoiodure.

Au cou : *Réseau érythémateux*.

De carnation brune.

Le malade sort de l'hôpital.

192. — Gib..., 26 ans, tailleur. — Examen le 6 février 1910 : 2 chancres syphilitiques de la verge en novembre 1909 ; roséole floride, *cervicale*.

Aucun traitement mercuriel.

Au cou : *Réseau érythémateux typique.*

De carnation brune.

Le malade sort de l'hôpital le 10 février.

193. — Bid..., 32 ans. — Examen le 25 février 1910 : Chancres syphilitiques préputial le 12 janvier 1910, méconnu.

Traitement tardif le 18 février 1910 : Huile grise.

Syphilides érythémato-papuleuses, papulo-tuberculeuses généralisées.

Au cou : Une quinzaine de ces éléments, plissés et déprimés au centre.

Le 4 mars 1910, ces éléments sont toujours plissés.

Le 11 mars, éléments maculeux.

Le 18 mars, le malade était sorti de l'hôpital.

194. — Dem..., 24 ans, cocher. — 2 chancres syphilitiques de la verge le 19 décembre 1909. — Examen le 22 février 1910 : Roséole floride en février ; syphilides érythémato-papuleuses.

Traitement post-roséolique le 12 février 1910 : Frictions ; iode de K.

Au cou : *Rangée de syphilides érythémato-papuleuses.*

Le malade sort de l'hôpital.

195. — Francois Boch..., 27 ans, terrassier. — Chancres syphilitiques au niveau du méat et du scrotum en décembre 1909 ; roséole floride, *cervicale* le 20 février 1910.

Traitement post-roséolique le 22 février 1910 : Huile grise.

Au cou : *Réseau érythémateux* à la nuque.

De carnation brune : Cou hyperpigmenté normalement.

Le 4 mars 1910 : Le réseau érythémateux a pâli.

Le malade sort de l'hôpital vers le 11 mars 1910.

De carnation brune.

196. — Gom..., 24 ans, bouvier. — Examen le 11 mars : Chancres syphilitiques de la verge le 15 janvier 1910 ; roséole floride généralisée et *cervicale* le 20 février 1910.

Traitement post-roséolique le 25 février 1910 : Huile grise.

Au cou : *Réseau érythémateux* très net au niveau de la nuque.

De carnation blonde.

Le réseau était encore visible le 11 mars 1910.

Le malade sort de l'hôpital vers le 18 mars.

197. — Lam..., 26 ans. — Examen le 10 avril 1910 : Chancre syphilitique de la verge le 1^{er} janvier 1910 ; Wassermann positif ; roséole discrète fin février 1910.

Traitement post-roséolique : Huile grise.

De carnation brune : Cou normalement hyperpigmenté.

Sort de l'hôpital vers le 11 avril 1910.

198. — Lew..., 24 ans, infirmier. — Examen le 10 avril 1910 : Chancre uréthral en janvier 1910.

Traitement tardif : Huile grise, 11 février 1910.

Roséole fin mars 1910.

De carnation brune.

Sort de l'hôpital vers le 15 avril 1910.

199. — Hau..., 16 ans. — Examen le 8 février 1910 : Chancre syphilitique de la verge en décembre 1909 : roséole floride le 20 janvier 1910.

Traitement post-roséolique le 1^{er} février 1910 : Huile grise.

De carnation brune : Cou hyperpigmenté normalement.

Sort de l'hôpital vers le 12 février 1910.

200. — Lar..., 27 ans. — Examen le 15 avril 1910 : Chancre syphilitique du méat en janvier 1910 ; Wassermann positif ; roséole en février 1910.

Traitement post-roséolique le 10 avril 1910 : 1 injection d'huile grise.

Au cou : *Réseau érythémateux typique* entourant le cou en totalité et en train de se pigmenter.

De carnation brune.

Le malade échappe à notre observation.

De l'examen de ces tableaux il ressort :

1° Que la syphilide pigmentaire vraie typique existe chez les spécifiques qui ont eu la roséole, celle-ci étant constatée ou ayant passé inaperçue ;

2° *La syphilide pigmentaire vraie typique fait défaut chez tous les syphilitiques sans exception qui n'ont pas eu la roséole antérieurement, ou ayant présenté une roséole minime ou extrêmement réduite ;*

3° L'installation de la syphilide pigmentaire vraie typique chez l'homme autant que chez la femme, dépend uniquement de l'intervention mercurielle ; la syphilide pigmentaire vraie typique est *fatale*, lorsque le traitement mercuriel a été post-roséolique, *absente*, lorsqu'il a été préroséolique.

En cherchant dans les observations de syphilide pigmentaire publiées par Pillou, Fiveisky, Schwimmer, on fera les mêmes constatations.

Citons-en quelques-unes :

Obs. 21 (PILLON). — Femme Chancre syphilitique vulvaire en septembre 1854.

Vient consulter en novembre, la malade étant en pleine roséole.

Est mise au traitement, par de la liqueur et pilules.

La roséole pâlit en avril 1855.

Syphilide pigmentaire typique en juillet 1855.

Le traitement a été post-roséolique.

Obs. 22 (PILLON). — Femme. Plaques muqueuses vulvaires en mars 1854.

Roséole à la même époque. Chancre syphilitique passé inaperçu.

Mise au traitement par des pilules de protoiodure.

Syphilide pigmentaire typique en août 1854.

Le traitement a été post-roséolique.

Obs. 23 (PILLON). — Femme. Chancre syphilitique en avril 1854. Reste sans traitement.

Roséole à la même époque. Est mise au traitement pilulaire.

En août 1854, syphilide pigmentaire typique.

Le traitement a été post-roséolique.

Obs. 24 (SCHWIMMER, 1886). — Femme, ayant une syphilide pigmentaire de la face, du cou, du thorax et de l'abdomen.

N'a jamais subi de traitement mercuriel.

Schwimmer dit à ce sujet que « cet accident paraît appartenir aux syphilis non ou insuffisamment traitées (123) ».

Fiveisky (40) a signalé le rapport indéniable qui lie l'une à l'autre, la syphilide pigmentaire et le traitement antérieur suivi par le malade. « Les cas de syphilide pigmentaire généralisée, disait-il, ont tous ceci de particulier qu'il s'agissait de syphilis non traitées. Cet auteur fait remarquer à ce sujet, que « la syphilide pigmentaire n'est bien accusée que dans les cas où le traitement mercuriel n'a pas été appliqué du tout ».

Ce rapport qui existe entre la syphilide pigmentaire et le traitement suivi par le malade n'a pas échappé non plus à Barthélemy (9). Cet auteur, tout en soutenant la syphilide pigmentaire primitive, ajoutait « que les syphilides pigmentaires deviennent plus rares en ville, par suite de l'application du traitement intensif de bonne heure. »

L'observation qu'apporte Barthélemy est très intéressante :

Obs. 25 (BARTHÉLEMY). — Il s'agissait d'un jeune homme de 30 ans, ayant acquis une syphilis exotique. Il meurt de tumeur cérébrale, quelque temps après. *Son traitement a été nul*, ne l'ayant jamais suivi. Cet homme « qui n'était ni lépreux, ni vitiligineux, était porteur de placards thoraciques où la peau était décolorée, reproduisant une syphilide pigmentaire à siège anormal ».

Très démonstrative aussi l'observation de M. QUEYRAT, communiquée à la Société médicale des hôpitaux en 1903.

Obs. 26. — Il s'agissait d'un jeune domestique de 19 ans, ayant eu la syphilis depuis 6 mois. A eu la roséole qui a duré une semaine. *N'a suivi aucun traitement.* Il est porteur d'une syphilide pigmentaire se généralisant au cou, à la région sous-clavière et péri-axillaire, aux flancs, à l'abdomen, aux cuisses, à la nuque, à l'espace interscapulaire et aux fosses sus-épineuses.

Le malade est de carnation brune et n'a pas l'aspect féminin.

En somme l'étude que nous avons pratiquée sur 200 cas, ainsi que les quelques observations dues à des syphiligraphes éminents, nous montrent à quel point l'absence de tout traitement mercuriel chez un jeune syphilitique est susceptible d'engendrer, avec la complication d'une roséole antérieure, la syphilide pigmentaire vraie typique.

Comme nous l'a fait voir un de nos tableaux précédents, *cette dyschromie était absente chez tous les syphilitiques à la période secondaire qui n'ont jamais présenté de roséole maculeuse ou papuleuse.* Dans les très rares cas où celle-ci a existé sans être suivie d'une syphilide pigmentaire, elle n'a *jamais* dépassé les flancs, se réduisant, du fait d'un traitement immédiat et pré-roséolique, à quelques macules disparates et fugaces.

§ 2. — La fréquence de la syphilide pigmentaire chez l'homme et chez la femme.

Jusqu'à présent tous les écrits sur la syphilide pigmentaire ont répété à l'unisson et d'un accord parfait que

« la syphilide pigmentaire est très fréquente chez la femme et très rare chez l'homme ». Les statistiques ne manquent pas. Toujours, avec une entente parfaite, elles ont donné la moyenne de 50 % pour la femme, de 4 % pour l'homme. Les constatations s'arrêtaient toujours là.

On a pourtant cherché et donné des explications à cette fréquence féminine du collier de Vénus. On a ainsi soutenu l'extrême fragilité de son système nerveux, sa peu de résistance au tréponème pâle et à ses toxines : fléchissement et dégradation morbide ayant son point de départ dans un trouble des centres nerveux.

La syphilide pigmentaire de l'homme a été l'occasion d'une interprétation moins banale, mais combien fragile : un état local particulier, consistant en une finesse, blancheur et délicatesse de la peau, permettrait la localisation de la syphilide pigmentaire chez l'homme.

Ce sont des hypothèses et c'est tout.

Comme telles, il nous sera permis de ne pas leur attacher la valeur qu'on a voulu leur accorder.

Nous ne croyons pas à la vérité de ces affirmations. En effet, il est inadmissible de prétendre que le système nerveux de l'homme soit moins susceptible que celui de la femme, lors de son envahissement par le *treponema pallida*.

Il nous semble logique de supposer que les spirilles introduits dans l'organisme et s'acharnant sur le système nerveux, leur organe de prédilection, ne sont aucunement renseignés sur le sexe qu'ils envahissent. Le système nerveux de l'homme et de la femme doit se comporter de la même manière vis-à-vis du tréponème.

La peau féminine ne peut pas non plus être acceptée

pour expliquer la syphilide pigmentaire chez l'homme. Nous avons vu, dans un chapitre précédent, quelles étaient les professions des individus ayant le collier de Vénus. C'étaient, pour la plupart, des cuisiniers, des forgerons, des charretiers, des boulangers, des terrassiers, individus ayant la nuque épaisse, la peau rude et crevassée, et tous employés à des travaux où il serait difficile de conserver indéfiniment une peau féminine (Neisser).

Et pourtant, il n'est pas moins vrai que la syphilide pigmentaire est très fréquente chez la femme et un peu moins fréquente chez l'homme.

Nombreux sont les chiffres qui ont été donnés à ce sujet.

Il est intéressant de les passer en revue :

POUR LA FEMME :			POUR L'HOMME :		
Fournier	donne	30 %	Fournier	donne	40 %
Pillon	»	30 %	Neisser	»	4 %
Diday	»	15 %	de Maieff	»	5 %
Tauturri	»	24 %	Leloir	»	5 %
Drisdalle	»	30 %	Haslund	»	31 %
Maireau	»	50 %	Ronchi	»	5 cas sur 8 cas
Neisser	»	45 %	Fiveisky	»	28 %
Hardy	»	30-50 %	Diday	} ne l'ont jamais vue.	
Pœlchen	»	55 %	Kaposi		
Haslund	»	65 1/2 %			
Rey et Chalançon	»	30 %			
Semen	»	25 %			
Gaucher	»	14-7 %			
Fiveisky	»	49 %			

Comme on vient de le voir, les chiffres varient suivant les auteurs. Chez la femme, ils oscillent entre celui de Gaucher et de Diday qui donnent la moyenne la plus faible, 14 % et ceux de Haslund 65 1/2 %, qui représente le chiffre le plus fort.

Chez l'homme, les oscillations sont plus grandes. Fournier et Neisser le fixent à 40 ‰, Haslund à 31 ‰. Entre ces deux limites, on trouve les chiffres les plus dissemblables.

A quoi attribuer ce défaut de concordance dans la détermination exacte du nombre de syphilides pigmentaires par rapport à celui des syphilitiques secondaires ?

Vu l'autorité incontestable de ceux qui ont contribué à l'édification d'une statistique sur la fréquence de la syphilide pigmentaire, vu la précision des observations publiées, nous nous sommes demandé si, dans cette extraordinaire diversion, il ne faut pas voir autre chose que les défauts habituels, que les erreurs courantes imputables à toute statistique.

Kaposi et ses élèves contestaient l'existence de la syphilide pigmentaire. En France, Diday la croyait très rare. Son chiffre est très bas : huit cas sur 66. Cet auteur ne l'a jamais vue chez l'homme. Par contre, Drisdale, qui ne soignait que les hommes, affirmait ne l'avoir rencontrée que chez l'homme ! Ajoutons encore que bon nombre d'auteurs s'accordent en déclarant la syphilide pigmentaire d'une fréquence égale chez les deux sexes !

Toutes ces divergences dans les opinions ne sont pas faites pour faciliter la compréhension de la syphilide pigmentaire, d'autant plus que les nombreuses statistiques qui en ont été données, n'ont pas servi, quant à notre connaissance, à élucider les problèmes ayant trait à la syphilide pigmentaire.

Toutefois, nous ne négligerons nullement les chiffres

de ces auteurs. Leur accumulation nous sera utile pour expliquer la pathogénie de la syphilide pigmentaire.

En cherchant à établir une pathogénie vraisemblable pour la syphilide pigmentaire vraie, nous avons insisté sur les rapports indéniables qui relient l'une à l'autre, la syphilide pigmentaire et le chancre syphilitique.

L'absence fréquente du chancre syphilitique chez la femme est, nous l'avons vu, compensée par une fréquence, chez elle, de la syphilide pigmentaire vraie. Ne sommes-nous pas en droit de dire que la fréquence de la syphilide pigmentaire vraie chez la femme est une conséquence fatale de la méconnaissance du chancre syphilitique ?

Par conséquent, sur cent femmes, syphilitiques à la période secondaire, il y aura autant de syphilides pigmentaires vraies, qu'il y aura de chancres syphilitiques passés inaperçus.

De même, n'est-il pas légitime de dire que la rareté de la syphilide pigmentaire vraie chez l'homme est uniquement due à la constatation fréquente du chancre syphilitique chez l'homme ?

Par conséquent, sur cent hommes, syphilitiques à la période secondaire, il y aura autant de syphilides pigmentaires vraies, qu'il y aura de chancres syphilitiques passés inaperçus. Ce nombre sera naturellement inférieur à celui des femmes syphilitiques en puissance de syphilides pigmentaires vraies.

La statistique de la syphilide pigmentaire vraie se réduit, par conséquent, à la statistique des chancres syphilitiques passés inaperçus chez la femme, ainsi que à celle des chancres syphilitiques méconnus ou non diagnostiqués chez l'homme.

La statistique de la syphilide pigmentaire vraie se réduit encore à l'énumération des cas n'ayant pas subi le traitement mercuriel précoce.

Elle devrait se réduire uniquement à des cas de syphilides pigmentaires, toutes se trouvant à la même période de leur formation.

Il faut tenir compte en outre de la difficulté que présente l'examen des syphilitiques secondaires au point de vue de la syphilide pigmentaire. La durée de leur passage dans les services hospitaliers varie d'un malade à un autre. Il s'en faut que toutes les dyschromies syphilitiques ébauchent leur réseau en dentelle pendant le séjour des malades dans les hôpitaux. Combien de syphilides pigmentaires qui ne se constituent qu'après leur sortie ! Faut-il pour cela, dans le pourcentage des syphilides pigmentaires, éliminer toutes celles qui ont vu le jour loin de nous ?

C'est ce qui est arrivé avec nos malades. Nous avons en effet trouvé :

Sur 100 femmes syphilitiques :	72 syphilides pigmentaires.
—	— 48 ne l'ayant pas.
—	— 10 se présentant dans les
conditions exigées par la dyschromie syphilitique, mais, sorties de l'hôpital, elles nous ont échappé.	

Sur 101 hommes syphilitiques :	34 syphilides pigmentaires.
—	— 42 ne l'ayant pas.
—	— 25 échappés à notre surveillance.

L'existence d'une catégorie de malades manifestement difficiles à placer, pour la raison qu'ils offrent les conditions prescrites par la syphilide pigmentaire, mais ayant échappé à notre contrôle, nous fait dire qu'il y a là une cause d'erreur qu'on doit prendre en considération.

Comme il est difficile de ne pas en tenir compte, nous sommes obligés de considérer, erronés les chiffres des auteurs consultés.

Avec des éléments si disparates et si peu précis, pour le plus grand nombre de cas, pouvons-nous prétendre à l'énumération exacte des syphilides pigmentaires ? Ne pouvant pas établir un pourcentage, sans risquer d'y introduire les erreurs que nous venons de signaler, nous croyons bien faire en laissant de côté toute statistique, comme dangereuse et inutile.

Nous pouvons conclure en attribuant à la syphilide pigmentaire *une seule raison* d'être plus fréquente chez la femme que chez l'homme.

Si la syphilide pigmentaire vraie typique est plus commune chez la femme, ceci n'est dû qu'aux circonstances spéciales qui font que les syphilis primaires féminines restent par trop souvent méconnues. Il en résulte fatalement, pour certains cas, un retard faisant coïncider la déclaration de la syphilis, chez la femme, avec l'installation d'une roséole floride et généralisée le plus souvent.

Si la syphilide pigmentaire vraie est moins fréquente chez l'homme, ceci n'est dû qu'aux circonstances qui font que les syphilis masculaires, débutant par un chancre syphilitique, sont plus rapidement reconnues.

C'est cette différence dans le début apparent de la syphilis chez l'homme et chez la femme qui contribue, croyons-nous, à rendre inégale la fréquence de la syphilis pigmentaire vraie typique chez les deux sexes.

CHAPITRE VIII

ÉTIOLOGIE

§ 1. — Cause déterminante. — Causes favorisantes.

La syphilide pigmentaire est l'œuvre du *treponème pâle* de Schaudinn et Hoffmann, parasite de la syphilis. Comme nous le savons, il est recueilli et entraîné dans l'organisme dans le système circulatoire qui le dissémine, dès le début de l'infection, pour être déposé — tant dans les téguments superficiels que dans les viscères profonds —

Fournier. L'attraction de prédilection pour le *treponème* sont les vaisseaux.

On sait qu'il attaque les capillaires artériels dès le début de la période secondaire de la syphilis, comme il se fait plus tardivement en s'attaquant aux troncs de calibre moyen et même aux gros troncs artériels. Il y détermine une lésion de leurs parois d'où la formation d'une artérite syphilitique des capillaires dans le premier cas, artérite des troncs plus importants dans le deuxième cas.

La roséole syphilitique et l'anévrisme en sont l'expression clinique.

Les capillaires superficiels se laissent par conséquent envahir par le *treponème pâle* où il produit une vascularite syphilitique.

Comme l'ont démontré Balzer, Darier, Bokart et de Maïeff, cette vascularite peut rester telle qu'elle ou aboutir à la thrombose, suivant que le tégument envahi est ou non hyperpigmenté. C'est ce que nous avons étudié dans un des chapitres précédents.

Nous nous contentons de rappeler que les téguments n'ayant subi aucune influence locale exogène, comme la peau du tronc, du dos, de la poitrine et des membres, sont le siège d'une artérite syphilitique sans thrombose. La roséole syphilitique en est l'expression clinique. Rappelons encore que les téguments ayant subi certaines influences locales exogènes et prolongées, comme ceux du cou, de la nuque, de l'aisselle, du pli du coude, de l'aîne, de la ceinture et du jarret ont été, au contraire, le siège d'une artérite syphilitique avec thrombose consécutive. La roséole en fut l'expression clinique et elle a laissé, comme vestige consécutif et fatal, une syphilide pigmentaire vraie.

L'observation clinique et l'interprétation des lésions histologiques nous font croire que les choses doivent se passer ainsi. Mais la démonstration définitive ne pourra être faite que le jour où, à l'occasion d'une syphilide pigmentaire vraie, on aurait cherché et surpris dans le sang de l'individu porteur de cette dyschromie, le tréponème pâle.

§ 2. — Causes favorisantes.

Nous venons de voir que le tréponème pâle était incapable à lui seul de produire la syphilide pigmentaire

vraie. L'intervention de certaines causes exogènes agissant localement était nécessaire.

Celles-ci agissent en déterminant une hyperpigmentation normale au niveau des régions soumises à leur action. Le cou est précisément, de toutes les régions de l'économie, celle qui se pigmente le plus souvent et qu'on trouve telle chez le plus grand nombre d'individus normaux.

Les causes de cette hyperpigmentation sont de plusieurs ordres :

a) *Causes mécaniques* comprenant les frottements des cols et des vêtements au niveau du cou ; la compression par des ceintures et surtout par le corset au niveau de la partie basse du tronc et au niveau des hanches. Ces frottements et compressions ne s'exercent pas ailleurs que sur ces régions.

b) *Causes physiques* comprenant la chaleur des fours, les rayons solaires et les rayons électriques favorisant ainsi l'installation de la syphilide pigmentaire vraie chez les boulangers, forgerons, chargeurs aux fours, machinistes, cuisiniers, bateliers et chez les filles de champs.

c) *Causes chimiques* comprenant les rubéfiants et les caustiques appliqués sur une région quelconque des téguments, favorisant la fixation de la syphilide pigmentaire chez les individus ayant présenté sur la même région une roséole antérieure.

La finesse de la peau, sa délicatesse et sa blancheur ne constituent pas une cause locale favorisante, comme on l'a cru, étant donné que la syphilide pigmentaire se développe plus souvent à la nuque et occupe rarement la peau fine du sous-menton. Cette dyschromie existe

d'ailleurs aussi bien chez les individus à peau rude et rugueuse que chez les citadins mondains.

L'âge n'a aucune influence dans la production de la syphilide pigmentaire vraie. Cette dyschromie étant à la merci de l'infection syphilitique, existera autant chez les enfants en bas-âge que chez les vieillards.

Caillat, dans sa thèse, rapporte 5 cas de syphilide pigmentaire chez les enfants en bas-âge. D'après cet auteur il n'y aurait « pas de différence entre les deux sexes », puisque sur 5 cas, il a trouvé la dyschromie cervicale chez 4 garçons et 1 fille.

Dans la crèche attachant au service de M. Jeanselme, nous avons pu recueillir un cas de syphilide pigmentaire chez un petit garçon de 19 mois, contaminé par un autre bébé de son âge, mort d'accidents syphilitiques.

Cet enfant a fait l'objet d'une clinique à l'hôpital Beaujon, de la part de M. Jeanselme.

Obs. 27. — Georges F..., 19 mois. Examen le 18 avril 1910 :

Chancre syphilitique passé inaperçu.

Plaques muqueuses papulo-hyperthrophiques à l'anus et au sillon interfessier.

Aux commissures labiales, plaques muqueuses érosives. A la langue et aux amygdales, mêmes éléments, depuis janvier 1910.

A la même époque, *roséole floride*, généralisée, ayant frappé la nuque.

Actuellement : à la figure il existe des syphilides érythémato-papuleuses.

Traitement post-roséolique, depuis janvier 1910 : a eu 60 frictions à l'onguent gris.

A la nuque : réseau grisâtre, en résille, se perdant au niveau des faces latérales du cou : *syphilide pigmentaire typique* en évolution. Discrète et légère du fait de la blancheur de la peau. L'enfant est de *carnation blond-clair*.

L'enfant n'est pas hérédosyphilitique. Le père est bien portant. La mère n'a fait aucune fausse couche. A deux garçons bien portants. L'enfant n'a aucun stigmate de l'hérédosyphilis. C'est, au contraire, cet enfant qui a contaminé la mère, puisque celle-ci présente un chancre syphilitique au niveau du mamelon gauche, ayant apparu au mois de mars 1910, deux mois après l'éclosion de la syphilis chez le petit garçon.

La mère ébauche actuellement une roséole.

Il s'agit donc bien ici d'une syphilide pigmentaire typique chez un garçon de 19 mois, non hérédosyphilitique.

Il est incontestable que la syphilide pigmentaire vraie typique sera plus courante chez les jeunes syphilitiques, vu la rareté de la syphilis acquise chez les nouveau-nés et chez les vieillards.

Dans nos observations de syphilide pigmentaire, le plus jeune syphilitique avait *19 mois* et la plus âgée syphilitique était âgée de *60 ans* (V. les obs. 14, 52).

On peut conclure que la syphilide pigmentaire existe chez les uns autant que chez les autres, sans qu'il y ait de différence dans ses caractères ni dans son intensité.

L'influence de la vie génitale a été, elle aussi, considérée comme pouvant favoriser l'installation de la syphilide pigmentaire vraie.

Petresco (101) voit dans les lésions gonococciques qui coïncident avec la syphilide pigmentaire vraie une relation de cause à effet. Il nous est difficile de leur attribuer l'importance que cet auteur lui accordait.

Nous pouvons dire, avec Hensinger (1822), que tout trouble frappant les organes génitaux de la femme se répercute sur l'appareil pigmentaire de l'épiderme en augmentant sa production pigmentaire. On connaît le

chloasma utérin contemporain des troubles menstruels et aussi tout le désordre que produit la gravidité sur l'appareil pigmentaire. Le masque de la grossesse, la ligne brune pubo-ombilicale, la pigmentation aréolaire des seins en sont la conséquence.

La syphilide pigmentaire n'a rien à voir avec ces dyschromies.

§ 3. — Influence de la grossesse. — Syphilide pigmentaire vraie généralisée.

Il était natnrel que la grossesse agit d'une façon intensive sur la distribution pigmentaire des téguments, lors de son installation chez une jeune femme syphilitique. Excités par deux facteurs pigmentogènes par excellence, syphilis et grossesse, il était juste que les téguments supportent le surcroît de travail imposé à l'appareil pigmentaire.

La grossesse ne produit-elle que son masque et ses pigmentations localisées chez la jeune femme *non syphilitique* ?

Il nous semble impossible d'admettre que le travail pigmentaire soit réduit uniquement à ces pigmentations localisées. On sait que les femmes de carnation brune et légèrement hyperthricosiques accumulent leur pigment d'une façon exagérée sur presque toute l'étendue des téguments. La peau se fonce sur une grande partie, comprenant l'abdomen, les hanches, la poitrine, le dos, les cuisses et même les jambes. Il y a, par conséquent, chez certaines femmes gravides *une hyperpigmentation généralisée* d'ordre physiologique s'ajoutant à celle qu'on

connaît autour des mamelons, sur la ligne pubo-ombilicale, sur la figure et autour des grandes lèvres, celles-ci étant provoquées par la même cause physiologique. « La grossesse pigmente tout », dit Bonnaire.

Cette mobilisation exagérée du pigment chez les femmes enceintes a donné lieu à des théories nombreuses. Citons celles de Raymond, qui croit à un réflexe à point de départ sympathico-abdominal et apporte comme preuve, les autres réactions nerveuses de la grossesse. On a émis aussi l'hypothèse d'une auto-intoxication des centres nerveux. L'une et l'autre sont susceptibles de s'associer dans une action pigmentogène commune.

C'est ainsi qu'il nous sera aisé de comprendre l'influence manifeste de la grossesse dans la production de la syphilide pigmentaire vraie.

Mais la grossesse intervient à tel point qu'on ne retrouve plus ses caractères classiques (Guibout, 56).

La syphilide pigmentaire s'installe très rapidement chez la femme syphilitique et gravide. Cette dyschromie a quelque chose de spécial quant à sa forme ; elle reproduit une feuille de trèfle ou bien un lacis formé par une série d'^o *grecs*. La peau est mouchetée, zébrée (Weil) (134).

Elle prend la teinte brun-sépia le plus souvent, en devenant plus sombre et plus vive.

Mais son caractère primordial est de s'étendre au delà des régions caressées par elle habituellement :

La syphilide pigmentaire cervicale s'étend ainsi au niveau de la poitrine, de l'abdomen, s'arrêtant là ou dépassant cette région pour envahir la région vulvaire et même celle des membres inférieurs. Haslund a cité

un cas de syphilide pigmentaire généralisée où la figure était prise.

La syphilide pigmentaire de la nuque accapare la région interscapulaire et, très rarement, le cuir chevelu (Haslund) (70).

La syphilide pigmentaire des aisselles s'étend sur les régions axillaire, scapulo-humérale et même sur les membres thoraciques.

Cette dyschromie se présente par conséquent, chez les femmes enceintes, sous la forme de *syphilide pigmentaire généralisée*.

Cet envahissement anormal d'une grande partie des téguments s'explique aisément *par le travail pigmentaire qui est, en quelque sorte, réveillé par la grossesse*.

C'est en stimulant son activité que cet état physiologique détermine une hyperpigmentation anormalement étendue, comme le fait, chez les femmes non en état de grossesse, les rayons solaires, les frottements des vêtements ou les applications étendues de caustiques.

La syphilide pigmentaire généralisée s'explique de cette même façon chez l'homme.

Dans la littérature médicale on possède actuellement des observations nombreuses touchant la question de la syphilide pigmentaire généralisée et de la grossesse :

Obs. 28. — FOURNIER et DOMINICI ont publié en 1897 l'observation « d'une femme de 54 ans ayant conservé, depuis sa première grossesse qu'elle a eu à 18 ans, une dyschromie caractérisée par une pigmentation jaunâtre réticulée, circonscrivant des zones décolorées et occupant le cou, le dos et la partie inférieure des fesses. »

Weil (134) publie dans sa thèse 25 observations et la

croît extrêmement fréquente chez les femmes enceintes et syphilitiques.

Nous avons eu l'occasion de voir dans le service de notre éminent maître, M. Jeanselme, deux femmes gravides, ayant une syphilide pigmentaire étendue au tronc et à la racine des membres :

Obs. 29 (JEANSELME). — Jeanne B..., 18 ans, blanchisseuse.

Entre, salle Astruc, le 19 mai 1908, pour des « boutons vulvaires. »

Elle a fait deux fausses couches et vient d'accoucher d'un enfant qui a succombé immédiatement après la naissance.

Examen le 20 mai 1908. — Vers le 8 février 1908, la malade a souffert au niveau de la grande lèvre droite qui était enflée. Elle remarque sur celle-ci un « bouton rouge ». La lèvre droite augmentait de plus en plus. Quelques temps après, la grande lèvre gauche s'est mise à enfler à son tour. Elles restent ainsi jusqu'au 1^{er} mai 1908. A ce moment, elles rétrocedent. Pendant ce temps, la malade a une névralgie occupant le territoire de la branche supérieure du trijumeau droit. La douleur est continue et l'empêche, depuis un mois, de dormir. La malade maigrit, pâlit et l'apparition des accidents secondaires typiques la fait venir à l'hôpital.

A l'examen, on trouve en effet, au niveau de la vulve, la grande lèvre droite encore enflée, dure et présentant sur sa face interne de nombreuses plaques muqueuses hypertrophiques, avec dans certains endroits, un enduit dyptéroïde. Elles ont débuté vers le 8 mars 1908, un mois après le chancre.

Il nous est difficile de retrouver, dans l'amas des plaques muqueuses et sur l'infiltration cartonnée de la lèvre droite l'accident primitif. La grande lèvre gauche est moins enflée, bourrée elle aussi par de nombreuses plaques. La fourchette et l'anus en sont criblées.

Les petites lèvres laissent entrevoir un filet purulent, dû à une vaginite.

La défécation est douloureuse et du pus sort avec les selles.

Aux aines, pléiade ganglionnaire typique, ganglions durs et non douloureux, ayant apparu avec le chancre.

Adénopathie cervicale supérieure.

Ce qui fait l'intérêt de cette observation c'est l'état de la peau. On y trouve, en effet, une pigmentation réticulaire généralisée. Elle s'étend sur les téguments avec une inégalité d'intensité remarquable. Intense au niveau du cou, auquel elle forme un collier, forte au niveau des aisselles et des plis de flexion, elle l'est moins sur la poitrine et sur le dos où elle prend l'apparence d'une roséole circonscrite, sans qu'elle en ait les caractères. Le ventre, les aines et les racines des quatre membres sont également le siège de pigmentations réticulaires jaunâtres, donnant à l'ensemble l'aspect d'une syphilide pigmentaire généralisée.

Les fesses et le reste des membres en sont dépourvus.

La pigmentation commence donc au niveau du cou, et couvre la poitrine, le dos, les épaules, les aisselles, la ceinture, le ventre et les plis de flexion des membres supérieurs pour disparaître avec la racine des membres inférieurs.

Cette pigmentation ne disparaît pas à la pression et n'a en aucun endroit l'apparence érythémateuse de la roséole et ne prend non plus les caractères d'une livédo.

Une ligne brunâtre et médiane part de l'ombilic et s'arrête au pubis, comme on le voit chez les femmes gravides.

Cette pigmentation a débuté vers le 15-20 mars 1908. Discrète d'abord, elle s'est accentuée jusqu'à prendre l'intensité actuelle.

La malade dit n'avoir plus ses règles depuis le mois de janvier 1908, lorsqu'elle a vu pour la dernière fois. N'a jamais eu un pareil retard. Aucun autre signe de grossesse.

Au niveau du cuir chevelu, on remarque de petites taches érythémateuses recouvertes de croûtes par endroits et non prurigineuses. Elles occupent presque toute l'étendue du cuir chevelu.

A été frappée d'alopecie au mois de mars. Les sourcils sont tombés. Pas de céphalée, mais des élancements intermittents au niveau de la région orbito-frontale droite. Au début de la maladie, la malade a éprouvé de fortes douleurs au niveau de cette région. N'ont duré qu'un mois.

Rien du côté de la bouche, de la langue, de la gorge, ni du côté des yeux, qui réagissent bien.

La malade dort bien. L'appétit est excellent, digère bien, mais a maigri.

Rien aux poumons, au cœur, à la rate.

Le foie augmenté de volume, dépasse les fausses côtes de un travers de doigts.

La syphilide pigmentaire généralisée est extrêmement fréquente chez l'homme. D'après Barthélemy elle le serait dans la proportion de 1 sur 25 cas de syphilide pigmentaire. Thibierge et Fiveisky la croient même plus fréquente chez l'homme que chez la femme.

Considérée comme très rare par Tortorra (133), elle ne constitue plus, à l'heure actuelle, une curiosité dans la littérature médicale.

Voici, en effet, les observations de syphilide pigmentaire généralisée connues jusqu'à aujourd'hui :

Obs. 30. — M^{me} Can..., 49 ans, domestique. A travaillé, auparavant, dans les mines de charbons :

A présenté un chancre syphilitique à la lèvre inférieure en octobre 1909. La malade reste 6 semaines sans traitement, ayant pris l'accident primitif pour un « bouton de fièvre. »

Est admise salle Astruc, en novembre 1909, et mise au traitement mercuriel le 15 novembre. A cette époque apparaît une roséole floride, couvrant les bras, les jambes la poitrine, le dos. Elle est fugace, disparaît en effet au bout de 8 jours.

Examinée le 20 mars 1910, on constate *une syphilide pigmentaire typique*, se trouvant à la période d'état et entourant entièrement le cou.

L'intérêt de cette observation réside *dans son étendue*. Elle s'arrête dans la région interscapulaire, mais s'étend sur les deux régions de l'épaule. Elle se continue dans les régions axillaires gauche et droite et s'étend jusqu'aux grands trochantères. De là, elle envahit les hanches en s'y étalant largement. Elle y est particulièrement visible. Toute la région sous-ombilicale en est ainsi couverte pour se perdre au niveau du bas-ventre et des triangles de Scarpa. *La malade était enceinte* et vient de faire, dans le service de M. Jeanselme, *une fausse couche de 6 mois*.

Il s'agit donc d'une *syphilide pigmentaire généralisée* chez une femme en état de grossesse. La malade a toujours eu la peau très pigmentée avant la syphilis. Les hanches l'ont été particulièrement. La malade est *de carnation brune*. Présente des *nævi pigmentaires congénitaux*.

Obs. 31 (TONTORRA, 1886). — Jeune femme, « ayant une syphilide pigmentaire du cou, de la poitrine, partie moyenne des seins, des bras et du dos ».

Obs. 32 (DOYON) (30). — Syphilitique de 56 ans. Terrassier.

« Sur le cou et les épaules, il présente des plaques blanches « dépigmentées » sur fond noir. Sur le tronc, l'abdomen, cuisses, sur le dos, thorax, il existe des taches brunes confluentes ».

Obs. 33 (CHAMBARA, 1888) (18). — Vieillard de 71 ans, soigné pour des accidents syphilitiques secondaires.

La particularité intéressante présentée par le malade est la coexistence d'une hyperchromie simple des bourses et de la verge avec « une dyschromie pommelée » siégeant au cou, aux régions axillaires et inguinales.

Ce cas est d'une interprétation aisée. Il s'agit d'une pigmentation sénile chez un vieillard. Il n'y a transformation de cette pigmentation sénile que dans les régions qui ont été touchées par une roséole antérieure.

Obs. 34 (AUDRY, 1890) (1) — Phytisque présentant une syphilide pigmentaire généralisée. Le visage, le cou, la nuque, le dos, les flancs, la région lombaire et les membres sont touchés.

Obs. 35 (RENAULT, 1895) (110). — Pigmentation d'une netteté schématique et à étendue exceptionnelle sur la région lombaire.

Renault procède à l'examen histologique et confirme les recherches de Tanturri.

Obs. 36 (HUDELO, 1892). — Cet auteur a présenté à la *Société de dermatologie* le cas très intéressant d'un malade de 26 ans, ayant une syphilide pigmentaire généralisée et chez lequel on a vu la roséole généralisée.

Obs. 37 (QUEYRAT). — A présenté en 1903, à la *Société médicale des Hôpitaux*, le cas d'un domestique de 19 ans, ayant acquis la syphilis depuis 6 mois. La roséole a duré une semaine et n'a suivi aucun traitement. La dyschromie s'étendait au cou, à la région sous-claviculaire, péri-axillaire, aux flancs, à l'abdomen, aux cuisses, à la nuque, aux espaces interscapulaires et aux fosses sus-épineuses.

Le jeune homme est très brun et n'a pas la peau féminine.

Obs. 38 (DANLOS 1904), publie dans les *Annales de dermatologie* l'observation « d'un homme ayant une syphilide pigmentaire étendue, consécutive à la roséole ».

Obs. 39 (ENRIQUEZ et BAUER) présentent à la *Société médicale des hôpitaux* en 1900, un cuisinier de 60 ans, syphilitique et éthylique. « Il y a des ilots circulaires sur fond hyperpigmenté, sur l'abdomen, jusqu'aux aisselles, sur le thorax et sur les faces postéro-externes des membres supérieurs. Au cou, coloration brunâtre uniforme ».

Obs. 40 (SACHS) publie dans l'*Archiv für Dermatologie* de 1903, « le cas d'une syphilide pigmentaire généralisée, consécutive à une syphilide maculeuse. »

Obs. 41 (LOEW) publie dans les mêmes *Archives* de 1903 un cas identique

Obs. 42 (RENAULT) présente en 1907, à la *Société de Dermatologie* un cas de syphilide pigmentaire généralisée en réseau s'étendant sur la face antérieure de la poitrine.

Nous pouvons ajouter encore trois observations personnelles, recueillies une dans le service de M. Jeanselme, une dans le service de M. Queyrat et une dernière dans le service de M. Fournier.

Obs. 43. — Mlle C..., 19 ans, sans profession, d'origine italienne.

Entre, salle Astruc, pour des accidents secondaires.

A eu, en décembre 1909, des plaques muqueuses vulvaires, et a été vue à Saint-Lazare pour les mêmes lésions en février 1910.

N'a pas remarqué la roséole.

A eu trois injections d'huile grise.

Au cou, on remarque une syphilide pigmentaire de couleur brun-sépie, ainsi qu'on le remarque chez les syphilitiques fortement bruns. En effet, la malade est italienne, de carnation brune : cheveux noirs, des yeux de même couleur et excessivement brune de corps ; les paupières sont couvertes de bistre repro-

duisant la paire de lunettes qu'on voit habituellement chez les cholémiques.

L'intérêt de cette observation réside encore dans l'étendue de la syphilide pigmentaire qui, en avant, s'étend jusqu'au niveau des seins, couvrant toute la poitrine et les régions périaxillaires.

En arrière, elle descend dans la région interscapulaire et couvre les deux omoplates. Rien ailleurs.

La malade n'a jamais eu de retard de règles, pouvant expliquer par une grossesse l'étendue anormale de cette dyschromie. Celle-ci s'explique parfaitement par la surpigmentation naturelle de ses téguments.

Obs. 44. — Dam..., 18 ans, maçon. — Chancre syphilitique passé inaperçu au milieu d'une balano-postite et au cours d'une forte blennorrhagie.

Vient à la consultation de M. Queyrat pour une roséole et aussi pour des plaques muqueuses buccales, apparues vers le 15 janvier 1910.

Présente au niveau du cou, une syphilide pigmentaire des plus typiques. Réseau grisâtre, d'une irrégularité frappante encerclant de nombreux îlots de peau saine. On ne peut tirer aucun renseignement quant à son apparition.

L'intérêt de cette observation réside dans l'étendue que présente cette dyschromie, en s'avancant, en arrière, dans la fosse interscapulaire ; elle existe aussi au niveau des aisselles, d'où elle s'étend dans toute la région des deux flancs pour s'éteindre du côté des deux hanches.

Le made est de carnation brune. Cheveux châains, yeux grisâtres.

Obs. 45. — Béth..., machiniste. — Chancre syphilitique en

mai 1908. Reste sans traitement jusqu'à l'apparition de la roséole en juillet 1908.

La roséole fut intense, ayant couvert les bras, les cuisses, le dos, le cou, la poitrine et la figure.

A eu en tout, depuis lors, cinq injections d'huile grise.

Examen le 23 mars 1910. On remarque au niveau du cou une syphilide pigmentaire typique, mais discrète. Elle peut très bien se trouver en régression, étant donné que la roséole est apparue en juillet 1908.

Cette dyschromie empiète largement sur les deux épaules ainsi que dans toute la fosse interscapulaire, où l'on remarque facilement les lunules de peau saine encerclées par un fin réseau grisâtre. En avant, on ne la trouve qu'au niveau de la poitrine.

Le malade est en outre de carnation blonde : les cheveux sont blonds et les yeux gris. Ceci peut encore expliquer, dans une certaine mesure, la pâleur de la syphilide pigmentaire.

La profession du malade explique parfaitement cette localisation anormale de la syphilide pigmentaire. On sait, en effet, que ces machinistes travaillent nus jusqu'à la ceinture.

En somme, les nombreuses observations de syphilide pigmentaire généralisée ont leur intérêt. Elles donnent une certaine force à l'opinion que notre maître M. Janselme a soutenue, et qui voit, dans l'hyperpigmentation normalement localisée à la région cervicale, aux aisselles et aux deux régions inguinales, *si elle existe*, un point d'appel indiscutable pour la fixation de la syphilide pigmentaire vraie. Cette dyschromie frappe le cou, les aisselles et les aines dans la majorité des cas. Son élection n'a assurément rien de mystérieux, *puisqu'il suffit que les individus aient au niveau de leurs tégu-ments une hyperpigmentation généralisée, pour que, à l'occasion d'une roséole floride, ils ébauchent la syphilide pigmentaire généralisée.*

La grossesse chez la femme et toutes les causes pouvant déterminer chez la femme non gravide et chez l'homme, une hyperpigmentation généralisée, sont les facteurs essentiels qui contribuent à rendre *généralisée* la syphilide pigmentaire vraie typique.

§ 4. — Existe-t-elle chez l'hérédo-syphilitique ?

Nous venons d'étudier la syphilide pigmentaire au cours de la syphilis acquise. Il serait très important de savoir si cette dyschromie, à l'exemple de celle qui existe dans la syphilis acquise, peut succéder aux éruptions si variables de l'hérédo-syphilis.

Nous croyons qu'une étude de ses manifestations cutanées s'impose, avant d'entrer dans le fond de la question.

Si elle existe réellement, chez les hérédo-syphilitiques, la syphilide pigmentaire doit avoir la même origine et le même mécanisme doit présider à sa formation. Il est logique de supposer qu'elle doit suivre les mêmes phases durant son évolution.

La première question qui se pose est celle de savoir si la syphilis héréditaire précoce présente, dans son tableau clinique, cette manifestation syphilitique indispensable à la formation de la syphilide pigmentaire et qui est la syphilide érythémateuse ou la roséole.

Chez les hérédo-syphilitiques de la crèche de l'hôpital Broca, notre éminent maître, M. Jeanselme, n'a jamais trouvé cette manifestation roséolique. Notre maître a, par contre, toujours attiré notre attention sur les autres

signes de la syphilis héréditaire précoce, comme le coryza, le pemphigus syphilitique et les plaques muqueuses des orifices naturels, mais n'a jamais constaté, en dehors des manifestations cutanées plus profondes, d'éruption syphilitique capable de rappeler les taches discrètes et tristes de la roséole accompagnant la période secondaire de la syphilis acquise. Jacquet et Berdal ne l'ont jamais observée et croient avec fermeté à leur inexistence.

D'autre part Sevestre « croit qu'on a décrit sous ce nom des éruptions de natures diverses comme la roséole simple ou vaccinale, ou surtout les formes maculeuses constituant la première phase des syphilides érythémato-papuleuses polymorphes » (11).

Les éruptions que certains auteurs ont donné comme étant la roséole ne peuvent pas être considérées comme telle. « Ce sont des taches sans saillies, arrondies, peu foncées, *siégeant aux fesses, aux cuisses et aux jambes*. Ces taches n'occupent jamais le tronc, le cou, la nuque et la figure » (Berdal).

Il est incontestable que cette éruption n'est nullement une roséole.

« La roséole doit donc être éliminée du cadre de la syphilis héréditaire chez l'enfant » (Berdal).

Ainsi, puisque la roséole est inexistante chez l'enfant hérédo-syphilitique, on ne peut pas prétendre que celui-ci soit atteint par cette dyschromie que nous appelons syphilide pigmentaire vraie. En effet, on a dit qu'elle était rare chez l'hérédo.

Son extrême rareté chez une catégorie de syphilitiques, *ne présentant pas de roséole parmi leurs manifestations*,

n'est-ce pas là un indice réel que la syphilide pigmentaire ne pourra jamais se former sans son intervention préalable ?

Toutefois on a publié quelques observations de jeunes enfants hérédosyphilitiques, portant une syphilide pigmentaire cervicale. Comment expliquer alors leur existence ?

Il y a deux hypothèses à faire dans l'interprétation exacte des observations publiées :

1° Si la syphilide pigmentaire existe réellement chez un hérédosyphilitique, il ne peut s'agir que d'une leucomélanodermie post-éruptive. Nous savons en effet que les hérédosyphilitiques précoces sont fréquemment atteints de lésions multiples et profondes, dont l'étude a été magistralement menée par Jacquet. L'éminent médecin de l'hôpital Saint-Antoine a accumulé sous le nom de *syphilides érythémato-papuleuses polymorphes*, qui portent son nom, tout un ensemble d'éruptions se manifestant, chez le nouveau-né, par des éruptions bulleuses, chez les enfants plus âgés par des éruptions maculeuses et papuleuses. Il y aurait, comme dans les syphilides érythémato-papulo-squameuses de la syphilis acquise, une période maculeuse comprenant des éléments à l'état de taches arrondies et pâles et une période floride où ces taches, devenues papuleuses, se foncent de couleur prenant la teinte sombre ou rose-saumon.

Ce sont ces éléments, et plus rarement, les syphilides acnéiformes, qui évolueraient à la façon des syphilides que nous avons étudiées dans la syphilide acquise.

Leur évolution aboutit à une syphilide pigmentaire atypique, c'est-à-dire à la leucomélanodermie post-éruptive.

Cette dyschromie a été encore notée dans l'hérédosyphilis tardive.

La syphilide pigmentaire atypique chez le syphilitique héréditaire doit être, malgré son existence réelle, très rare.

Rille publie en 1898, à Vienne, le cas d'un enfant de 18 ans, ayant une leucodermie syphilitique généralisée.

Euthiboule en cite un autre en 1893 ; il le publie dans les *Annales de dermatologie* (38).

Gaucher publie en 1903 le cas d'une fillette de 12 ans, dont les parents furent syphilitiques. C'est un cas typique de leucomélanodermie syphilitique post-éruptive(53).

Les *Annales* de 1898 publient un cas fort intéressant de Gémy.

Obs. 46 (GÉMY) (55). — Il s'agissait d'un enfant de 9 ans, qu'on a amené à l'hôpital en 1895. A cette époque, l'enfant a présenté des taches pigmentées disséminées sur la surface du corps, alopecie des sourcils. En 1892, l'enfant a eu une kératite interstitielle. Sur les bras, il existait des placards pigmentés à centre achromique et à bordure café au lait. Rejointes par leurs bords, ces taches forment des placards de forme géométrique. Sur la partie moyenne de la cuisse gauche, placard en as de trèfle.

L'examen pratiqué n'a relevé aucun accident syphilitique en évolution. Ces placards étaient dûs à des syphilides de l'hérédosyphilis, de lèpre ou d'autre maladie.

Revu en 1898 pour d'autres lésions, le diagnostic se fixe.

Tibia en lame de sabre. Voûte palatine ogivale. Tubercules sur la face. Gomme ulcérée des membres inférieurs.

Strabisme. Malformations dentaires.

Ce cas reproduit une leucomélanodermie post-éruptive chez un hérédosyphilitique de 9 ans.

Citons aussi Danlos qui a montré, en 1905, un cas de syphilide pigmentaire chez un hérédo-syphilitique tardif (22).

Mais l'observation la plus intéressante est due à Gaucher et Chiray, qui ont présenté en 1903, à la *Société de dermatologie*, un cas de leucomélanodermie post-éruptive chez un hérédo-syphilitique.

Obs. 47. — Jeune fille de 12 ans, ayant des plaques muqueuses.

Au cou, elle avait des syphilides papuleuses et des taches leucomériques.

Autour des papules, on remarquait une collerette leucodermique, celle-ci entourée d'hyperpigmentation.

Aucun indice pour faire croire à la syphilis acquise.

Mère syphilitique ayant fait deux fausses couches. Enfant mort en bas âge.

Faciès d'hérédo-syphilitique.

Comme on le voit, aucun des cas publiés *ne rappelle en rien la syphilide pigmentaire vraie*. Toutes les observations ne constituent que la reproduction typique de la leucomélanodermie post-éruptive, que nous étudierons au chapitre des fausses syphilides pigmentaires.

2^o Une autre interprétation conduirait à l'hypothèse d'une syphilide pigmentaire évoluant non pas chez un hérédo-syphilitique, mais bien chez un enfant, ayant pris pour son propre compte une syphilis acquise et dont les accidents primitifs et secondaires auraient passé inaperçus.

Ceci est vraisemblable, la syphilis acquise chez l'enfant étant encore assez fréquente.

Cette hypothèse peut être invoquée pour le cas de Gaucher.

Mais il est beaucoup plus important de connaître l'existence de la syphilis acquise chez l'enfant hérédosyphilitique. On en trouve de très nombreux cas publiés dans la thèse inaugurale de Rostaine. Ceci a son importance au point de vue de la syphilis pigmentaire chez l'hérédosyphilitique, cette dyschromie appartenant dans ce cas non pas aux manifestations propres de l'hérédosyphilis, mais bien au tableau déjà connu de la syphilis acquise.

L'observation suivante que notre éminent maître, M. Jeanselme, a bien voulu nous communiquer, montre bien une *syphilide pygmentaire vraie*, appartenant au cortège d'une syphilis acquise *qui a évolué chez une jeune fille hérédosyphilitique*.

Obs. 48 (JEANSELME). — Suzanne H..., 22 ans, couturière.

A 14 ans, la maladie a débuté par des épistaxis à répétition et du coryza chronique avec suppuration, croûtes et fétidité.

A une époque que la malade ne peut préciser, le nez s'est déformé. Il y a 2 ans elle s'est fait faire des injections de parafine pour atténuer la déformation.

Actuellement, il existe une sorte de coup de hache à l'union de la portion osseuse et cartilagineuse du nez. Ce sillon transversal est surtout prononcé sur le versant droit du nez.

En outre, les os propres du nez semblent doublés par une surproduction osseuse.

Actuellement la malade mouche toujours des croûtes et elle a parfois des petites hémorrhagies.

Depuis fort longtemps la malade a une sensation de chatouillement au palais et l'on constate sur la ligne médiane de la voûte osseuse une crête allongée dans le sens antéro-postérieur. Cet exostose est indolente.

Aucune altération de la denture ; pas de cicatrices au niveau de la gorge.

Petites cicatricules lisses et superficielles, situées au niveau des

commissures et tout à fait caractéristiques de l'hérédo-spécificité. La fétidité liée à la rhinite est très marquée sans avoir l'intensité de l'ozène vraie.

Nul autre stigmate de syphilis sur le reste du corps.

La malade a deux frères et deux sœurs, trois autres sont morts : l'une à 18 ans, l'autre à 2 ans et l'autre à quelques mois. Sur les quatre frères et sœurs vivants, il y en a deux qui ont une déformation du nez. L'un est un garçon de 16 ans chez qui la déformation date de 2 ans.

Il a aussi des croûtes et de la fétidité. L'autre est une sœur âgée de 19 ans qui depuis quelques années a une déformation beaucoup plus accusée que notre malade et de la fétidité.

Notre malade *est atteinte de syphilis depuis un an environ.*

Les accidents de la syphilis acquise ont été constatés dans le service ainsi que le « *collier* » au mois de juillet dernier.

Actuellement la syphilide pigmentaire est des plus nettes.

Il s'agit donc d'un cas d'hérédo-syphilis tardive qui poursuit encore à l'heure actuelle son évolution, mais qui n'a pas rendu la malade réfractaire à une nouvelle infection. Celle-ci n'est représentée à l'heure actuelle que par la présence d'une syphilide pigmentaire vraie typique.

On peut donc affirmer que la syphilide pigmentaire existe chez l'hérédo-syphilitique. Mais, du fait de l'inexistence de la roséole chez l'enfant hérédo-syphilitique, la syphilide pigmentaire ne pourra se présenter que sous la forme atypique, c'est-à-dire celle qui a été décrite par le professeur Gaucher dans la syphilis acquise et appelée leuco-mélanodermie post-éruptive.

Toutefois, lorsque la syphilide pigmentaire typique existe chez l'hérédo-syphilitique, nous croyons qu'il faut soupçonner, dans ce cas, l'installation d'une syphilis

acquise chez un hérédosyphilitique. Nous savons que les hérédos-spécifiques ne sont pas réfractaires à une nouvelle infection. L'observation de notre maître en fait foi.

En somme, la rareté de la syphilide pigmentaire typique chez les hérédosyphilitiques, *s'explique parfaitement par l'inexistence de la roséole chez cette catégorie de spécifiques.*

§ 5. — La syphilide pigmentaire existe-t-elle dans la syphilis maligne précoce.

Etant dans les services de MM. Queyrat et Fournier, médecins de l'hôpital Ricord, nous avons eu l'occasion d'observer un certain nombre de syphilis malignes précoces.

Il était intéressant, pour nous, de savoir si la syphilide pigmentaire vraie faisait partie de l'ensemble de lésions profuses, profondes et précoces qui caractérisent cette forme maligne de la syphilis.

Nous avons pu recueillir six cas de syphilis maligne précoce. Dans aucun, nous n'avons trouvé la dyschromie que nous cherchions. Le cou, les aisselles, les aines de ces malades ont été explorés attentivement sans que ces régions, caressées habituellement par la syphilide pigmentaire, nous révèlent le moindre réseau grisâtre. Tout y était normal.

Ceci n'a rien qui doit nous étonner, si l'on se rappelle comment s'enchaînent les manifestations syphilitiques lorsque la syphilis devient maligne dès le début de son activité.

La syphilis maligne précoce a été particulièrement

bien étudiée dans ces dernières années. Les auteurs sont allés jusqu'à lui contester son origine spécifique. On est revenu depuis à l'opinion contraire qui voit, dans la syphilis maligne précoce, une coopération commune due au tréponème avec d'autres agents microbiens secondaires. Et tout dernièrement Queyrat et Ménard ont donné un appui très sérieux à cette opinion, en constatant, les premiers, la réaction de Wassermann positive dans le tertiarisme précoce.

La syphilis maligne précoce, procède en étouffant les accidents syphilitiques secondaires. Elle fait suivre le chancre initial, à quelques mois de distance, par des manifestations mutilantes et profuses : c'est ainsi que nous voyons assez fréquemment, un ou deux mois après le chancre syphilitique, des syphilides tuberculo-ulcéro-gommeuses, prenant la place des accidents syphilitiques secondaires.

Ceux-ci manquent totalement. On sait que ce n'est pas dans les habitudes de la syphilis maligne précoce d'accumuler les plaques muqueuses et la roséole de la période secondaire.

C'est ce qui résulte de nos six observations :

Obs. 49. — P. . . , 23 ans, chauffeur. Examen le 15 mars 1910 :

Entre dans le service de M. Queyrat pour une gomme de la verge.

A eu un chancre syphilitique en janvier 1909. A cette époque le malade ne suit aucun traitement, l'accident primitif étant douteux. Un mois plus tard, en février, le malade fait une poussée de syphilides tuberculo-ulcéreuses disséminées et dont les cicatrices sont répandues au niveau des jambes, des cuisses, de l'abdomen et du dos. Il s'agit bien d'une syphilis maligne précoce, les lésions ayant

cédé au bout d'un mois de traitement. Le malade a été mis au traitement le 15 février et a pris 60 pilules.

Aucun mal de gorge. Son examen ne décèle aucunes plaques muqueuses amygdaliennes ou linguales.

Le malade n'a jamais eu la roséole. Ne perd pas les cheveux.

Actuellement pas d'alopecie ni aucune tache de roséole. Le malade a la fièvre.

Au niveau du cou, on remarque deux bandes pigmentées, antérieures à la syphilis ainsi qu'on les voit chez les gens qui portent le faux-col. Ces 2 bandes sont couvertes de cicatrices d'acné donnant ainsi l'aspect d'une fausse syphilide pigmentaire.

Mais pas de syphilide pigmentaire vraie.

Le malade est de carnation brune.

Obs. 50. — B..., 26 ans, ajusteur. Examen le 18 février 1910 : Chancre amygdalien en mai 1908.

Un mois et demi après cet accident, le malade est couvert de larges ulcérations rupiformes se disséminant au niveau des jambes, de la poitrine et du dos.

La malade n'a jamais eu de roséole, ni plaques muqueuses.

Actuellement, aucune tache érythémateuse sur les téguments. Aucune plaque muqueuse.

Au niveau du cou, pas de syphilide pigmentaire. On n'y trouve que trois éléments ronds, de la dimension d'une pièce de 20 centimes, lenticulaires de forme. Ces éléments sont plissés, décolorés, atrophiés, déprimés. Ce sont des vestiges de syphilides ulcéreuses sans hyperpigmentation autour.

Le 1^{er} avril 1910. — Pas de syphilis pigmentaire.

Même état des cicatrices centrales.

Il s'agit bien là d'un cas de syphilis maligne précoce, évoluant sans accidents secondaires et sans syphilide pigmentaire.

Obs. 51. — H..., 24 ans, cocher.

Chancre syphilitique le 1^{er} janvier 1910.

Un mois et demi après, vers le 15 février 1910, le malade a une poussée de syphilides ulcéreuses disséminées sur tout le corps.

Actuellement, *pas de roséole*, bien que le malade n'ait suivi aucun traitement mercuriel.

A l'examen de la gorge, de la langue et des autres muqueuses, on ne trouve aucune plaque muqueuse. Pas de céphalée.

Au niveau du cou, les téguments sont dépourvus de tout réseau grisâtre.

Le 11 mars 1910. — Aucune tache érythémateuse n'est apparue depuis le dernier examen. Pas de syphilide pigmentaire.

Les ulcérations suivent leur évolution.

Obs. 52. — H..., 37 ans, employé. — Examen le 15 mars 1910 :

Le malade a eu, en novembre 1909, un mal de gorge ayant duré 3 semaines. Croit à un vulgaire enrouement et ne vient consulter, dans le service de M. Queyrat, qu'au mois de décembre 1909, pour des ulcérations rupiformes disséminées ayant tous les caractères des syphilides papulo-tuberculo-ulcéreuses de la syphilis maligne précoce. Elles occupent la figure, où elles montrent des croûtes épaisses rupiformes, le mettant en triste état. Le corps est parsemé par les mêmes éléments.

On ne remarque ni roséole, ni syphilide pigmentaire.

A eu depuis le mois de janvier 10 injections d'huile grise.

Le malade est de carnation blonde.

Obs. 53. — X... entre dans le service de M. Fournier pour des gommès au niveau de la jambe et du dos.

A eu en juillet 1910 un chancre syphilitique de la verge.

Est mis au traitement mercuriel 15 jours après l'accident. N'a jamais eu aucun autre accident jusqu'en septembre 1909, lorsque le malade a subi une poussée gommeuse frappant les jambes et le dos. Les mêmes lésions persistent depuis malgré le traitement par des pilules que le malade a suivi depuis lors sans interruption pendant 3 mois.

Le malade est de carnation brune.

Au niveau du cou, les téguments ne dessinent aucun réseau grisâtre.

Le 1^{er} avril 1910. — Pas de syphilide pigmentaire.

Obs. 54. — Henri Ch..., 28 ans, employé.

Se présente à la consultation de M. Queyrat avec des syphilides papulo-croûteuses à tendances ulcéreuses, ayant apparu en février 1910. A eu auparavant, en décembre 1909, une lésion au niveau de la verge. Il s'agit probablement d'un chancre syphilitique méconnu.

N'a eu ni plaques muqueuses, *ni roséole*.

Ce malade est mis au traitement mercuriel, le 7 mars 1910.

Actuellement, le 1^{er} avril, on ne trouve *pas de syphilide pigmentaire*. On ne voit rien que les syphilides papulo-ulcéro-croûteuses évoluant au niveau du cuir chevelu, du cou, de la poitrine, du dos et des membres.

A eu deux injections d'huile grise.

De carnation brune.

On voit qu'aucune de ces 6 observations ne mentionne la syphilide pigmentaire.

Etant donné la généralité de cette constatation, en l'absence des phénomènes secondaires et, partant, de la roséole syphilitique dans tous nos cas de syphilis maligne précoce, il est légitime de voir dans ces deux faits une corrélation étroite, pouvant servir utilement, et une fois de plus, à prouver *que la syphilide pigmentaire est toujours post-éruptive*.

Nous attachons à ces faits la plus grande importance.

§ 6. — Syphilide pigmentaire et alopécie en clairière.

C'est Haslund qui, le premier, en 1893, a montré le rapport de la chute des cheveux avec la syphilide pig-

mentaire vraie. Il a dénommé cette alopecie : *alopécie leuco-dermatique*.

Plus tard, en 1895, Thibierge l'a fait remarquer à la *Société de dermatologie*.

Cette alopecie se présente sous forme de taches claires, voisines les unes des autres. A leur endroit, les cheveux sont raréfiés. Lorsqu'il y a coïncidence avec la syphilide pigmentaire, on peut suivre la continuation directe de ces taches avec les îlots de cette dyschromie. Haslund l'a trouvé chez un grand nombre de syphilitiques et notamment chez un petit garçon hérédo-syphilitique. possédant une syphilide pigmentaire.

Haslund a fait la même constatation à la queue du sourcil et dans les régions glabres.

Pour faciliter cet examen, il est nécessaire de procéder à la taille des cheveux à ras.

Nous avons recherché chez un certain nombre de malades ayant la syphilide pigmentaire la corrélation qui existe entre cette dyschromie et l'alopecie en clairière. Nous n'avons pas trouvé cette dernière dans tous les cas de syphilide pigmentaire vraie et il nous a été encore difficile de contrôler si l'alopecie avait réellement ce caractère du fait de l'impossibilité de toujours obtenir la taille des cheveux.

Dans un seul cas nous avons pu l'étudier chez un malade du service de M. Queyrat.

Obs. 55. — Dar..., 20 ans, ajusteur.

Chancre syphilitique de la verge en novembre 1909. La lésion étant méconnue, le malade ne suit pas de traitement mercuriel.

Entre dans le service de M. Queyrat, au mois de janvier 1910,

pour des lésions ulcéreuses de dimensions variables et occupant les deux jambes.

Le malade n'a aucune tache de roséole ni plaques muqueuses, n'a pas de céphalée et les cheveux ne tombent pas. L'adénopathie est généralisée mais ne peut pas nous servir dans l'établissement du diagnostic, étant donné que ce jeune homme est tuberculeux.

Le 8 février apparaît une poussée de syphilides papulo-érythémateuses disséminées sur tout le corps.

Au niveau du cou, on constate une hyperpigmentation normale.

N'a pas de syphilide pigmentaire. Il n'existe qu'un seul élément érythémato-papuleux au niveau de la partie droite du cou.

Le 25 février 1910. — Pas de roséole. Ni syphilide pigmentaire.

Le malade, tuberculeux, suit un traitement approprié, et n'a pas encore commencé le traitement mercuriel. L'élément du cou se déprime et se plisse.

Le 14 mars 1910. — Apparaît une roséole à larges éléments circinés siégeant au niveau du dos et du flanc et ayant les caractères d'une roséole de retour. A la nuque, il existe des macules érythémateuses, dont trois circinées.

Les cheveux tombent abondamment, à partir de cette époque.

On fait tondre les cheveux du malade à ras.

Le 18 mars 1910. — Les éléments circinés du cou pâlisent. Le malade présente des croûtes dans les cheveux et perd abondamment ses cheveux.

Débarrassé de sa chevelure, le cuir chevelu laisse voir de nombreux îlots où les cheveux sont raréfiés. L'alopecie en clairière est ainsi bien mise à jour. En regardant de près, on constate que chacun des îlots ne présente pas ses téguments blancs comme normalement. Ils sont le siège d'un érythème avec desquamation et un peu saillant à la palpation. Ce sont des syphilides érythémateuses analogues à celles que nous avons constatées au niveau de la nuque, lors de la poussée de roséole.

C'est uniquement au niveau où existent ces éléments en évolution qu'on constate une dépilation très marquée et prêtant ainsi au cuir chevelu l'aspect tacheté caractéristique de l'alopecie en clairière.

Ce malade ne se trouve qu'à la phase érythémateuse de sa syphi-

lide pigmentaire. On ne constate de pigmentation qu'au niveau des trois éléments circonscrits que nous avons rencontrés au niveau de la nuque.

Le 2 avril 1910. — Le réseau grisâtre d'une syphilide pigmentaire au début de son évolution se dessine nettement, à la place occupée antérieurement par les macules de roséole.

Ce réseau envoie ses bigarrures jusqu'au niveau du cuir chevelu pour s'y continuer sous la forme d'alopecie en clairière.

Le 8. — La syphilide pigmentaire se prononce et est surtout typique dans la région basse du cou.

Cette observation fait ressortir ce fait intéressant de voir la syphilide érythémateuse de la nuque se continuer, ainsi comme on le voit encore souvent, presque loin dans le cuir chevelu, où par la dépilation qu'elle y entraîne, elle y détermine des îlots nombreux.

On peut ainsi se demander si l'alopecie en clairière n'est pas toujours consécutive à des hyperhémies locales, continuation directe d'une roséole de la nuque, hyperhémies passant très facilement inaperçues. Ceci nous amène à penser que bon nombre de syphilides pigmentaires pourraient être accompagnées d'une alopecie en clairière, lorsque la roséole a touché le cuir chevelu.

Les mêmes phénomènes peuvent se reproduire lorsque les téguments et le cuir chevelu sont le siège d'une syphilide papulo-érythémateuse.

Obs. 56 (BALZER et BARGAT). — Femme 26 ans. Brune et très pigmentée, présentant des syphilides érythémato-papuleuses en évolution. Au cou, il existe une mélanodermie à mailles serrées. Entre les mailles, leucodermie avec au centre des macules brunâtres.

La malade a une alopecie en clairière.

La tête rasée, clairières assez larges de formes régulières, arrondies. Peau rouge à leur niveau, consécutive à une éruption papuleuse

Dans ce cas de Balzer et Barcat (5) cette alopecie en clairière serait l'analogue au cuir chevelu de la leucomélanodermie post-éruptive.

Par conséquent, leucomélanodermie et roséole sont capables d'expliquer l'alopecie en clairière. En ce qui concerne cette dernière, la roséole, l'observation du petit garçon hérédosyphilitique que Haslund a reproduit, est concluante. « Le cuir chevelu, au niveau des îlots dépilés était rouge et n'a subi aucune altération ».

Ces lésions érythémateuses ne se pigmentent jamais au cuir chevelu, comme cela existe pour la région cervicale. *L'absence de toute pigmentation antérieure suffit à l'expliquer.* Toutefois Balzer cite un cas de syphilide pigmentaire vraie, dans un article publié dans le *Traité de médecine* (4). Il s'agissait d'un chauve.

Ce n'est peut-être que les chauves qui peuvent posséder une syphilide pigmentaire vraie du cuir chevelu, par suite d'une pigmentation anormale préalable par son exposition au soleil ou à la chaleur.

La syphilide pigmentaire vraie peut, par conséquent, être accompagnée dans beaucoup de cas, d'une alopecie en clairière, lorsque les macules de roséole ont envahi le cuir chevelu, comme c'est le cas pour la roséole du type céphalo-thoracique.

Mais il s'en faut que tous les individus ayant une alopecie syphilitique présentent la syphilide pigmentaire.

Ces deux phénomènes ne peuvent coexister qu'aux cas où les conditions exigées par l'installation de la syphilide, ont été rigoureusement remplies.

Il sera, en outre, intéressant de faire remarquer un petit détail sur le siège exact où s'opère la chute des

cheveux. Il est probable que ce processus de dépilation ne se passe que là où le cuir chevelu se trouve lésé, c'est-à-dire au niveau des macules de roséole. Par conséquent l'îlot « décoloré » de la syphilide pigmentaire vraie, qui est constitué par de la peau saine, sera représenté, au niveau du cuir chevelu, non pas par les clairières, qui, elles, sont le siège d'une éruption maculeuse, mais bien par les parties intermédiaires qui conservent intactes leurs cheveux, bien que, par la vue, les îlots de la syphilide pigmentaire vraie, paraissent se continuer au cuir chevelu avec les parties dénudées.

En résumé, toute lésion du cuir chevelu peut entraîner l'alopécie en clairière, la roséole aussi bien que la poussée de syphilides érythémato-papuleuses. La première, en se résorbant, n'entraîne aucune altération du cuir chevelu (Haslund) et ce caractère rapproche certaines alopecies en clairières de la syphilide pigmentaire vraie et avec laquelle on doit toujours la rencontrer, lorsqu'elle existe.

Et inversement, les syphilides érythémato-papuleuses évoluent au cuir chevelu comme ailleurs, en passant par tous ces degrés, depuis la papule érythémateuse jusqu'à la lunule plissée, atrophiee et déprimée.

Cette achromie post-éruptive du cuir chevelu, rapproche certaines alopecies en clairières de la leucomélanodermie post-éruptive et avec laquelle on peut souvent la rencontrer.

CHAPITRE IX

DIAGNOSTIC

§ 1. — Diagnostic positif.

La syphilide pigmentaire a des caractères propres à elle. Nous savons qu'il s'agit de l'apparition, au déclin de la roséole, d'une dyschromie se caractérisant par une hyperpigmentation en réseau, en dentelle, en nappe ou en large bande. La peau saine étant respectée et conservée entre les mailles de ce réseau, il y a formation d'îlots de taches ovales, allongées horizontalement, paraissant décolorées par opposition de couleur.

Elle siège sur toutes les régions du corps normalement hyperpigmentées qui ont été envahies par la roséole.

La région cervicale est, pour cette cause, son siège de prédilection.

Aussitôt installée, elle s'impose par sa longue persistance, elle reste insensible à toute intervention mercurielle.

Impassible, elle regarde disparaître tous les autres accidents syphilitiques ayant pris place, à côté d'elle, dans le tableau si fécond en accidents de la syphilis secondaire et même tertiaire.

Dans quelle affection autre que la syphilis acquise peut-on rencontrer une pareille manifestation ?

C'est un exemple unique en pathologie générale que de voir une manifestation post-éruptive prendre la forme si spéciale de la syphilide pigmentaire. Aucun des exanthèmes connus, quels qu'ils soient, ne monte si haut dans leur métamorphose finale ! Ses bigarrures élégantes, ses traînées anastomotiques font penser qu'antérieurement à leur formation un même dessin érythémateux pouvait exister pour lui donner naissance. On ne voit pas dans d'autres affections un exanthème capable de les reproduire. Il n'y a que la roséole maculeuse avec son réseau érythémateux pour rappeler les bigarrures curieuses de notre dyschromie.

N'est-ce pas quelque chose de très frappant que ce choix, toujours le même, dans la localisation habituelle de la syphilide pigmentaire ? Celle-ci aime le cou, comme toute région qui lui ressemble pour sa richesse en pigment. On fait souvent en dermatologie le diagnostic de certaines affections cutanées de par leurs localisations habituelles, toujours les mêmes.

En quoi ces autres localisations ont plus de valeur que celles qu'affectionnent tout particulièrement la syphilide pigmentaire vraie ?

Son indifférence à l'égard de la médication spécifique, sa longue persistance, ont contribué à faire croire que cette dyschromie n'était pas de nature syphilitique.

Il suffit de constater que la syphilide pigmentaire est loin d'être une lésion en évolution, *puisque'elle n'est que le reliquat d'une lésion antérieure*. Et si toute lésion en évolution peut guérir par le traitement mercuriel, on

n'est pas en droit de prétendre à une action efficace lorsque ce traitement n'arrive pas à effacer ses traces. Maintenant que nous connaissons la phase première, celle qui annonce si timidement la syphilide pigmentaire, — le réseau érythémateux — toutes ces objections tombent et laissent la syphilide pigmentaire, là où elle doit rester, dans le tableau de la syphilis, puisque la roséole cervicale s'efface, aussitôt le traitement mercuriel appliqué.

La syphilide pigmentaire est, par conséquent, un signe incontestable de syphilis en activité.

Peut-on en faire un symptôme pathognomonique ?

Son triple caractère donne amplement droit à la syphilide pigmentaire de se considérer comme telle. Cette pathognomonie ressort des trois caractères qui lui sont bien particuliers, à savoir :

Sa disposition réticulaire ;

Sa prédilection pour les régions hyperpigmentées normalement ;

Sa stabilité désespérante.

La syphilide pigmentaire est donc pathognomonique de par sa forme, de par ses localisations et de par sa succession à une lésion sensible au traitement mercuriel. Elle est pathognomonique du fait de cette triade symptomatique qu'on ne rencontre jamais en dehors d'elle.

Comme nous le verrons plus loin, il existe des manifestations cutanées pouvant la simuler, mais sans qu'elles arrivent jamais à réunir, pour leur propre compte, les caractères de la syphilide pigmentaire.

Vu le bénéfice exceptionnel dont elle jouit à l'égard

des autres manifestations syphilitiques, assurément moins nettes dans leur symptomatologie, vu la grande facilité de sa recherche, vu sa longue persistance, le diagnostic de la syphilide pigmentaire prend une importance immense dans le diagnostic de la syphilis acquise à sa période infectante et dangereuse ; sa recherche doit s'opérer à côté de celle des adénopathies, des syphilides muqueuses et des exostoses.

Sa constatation imposera définitivement le diagnostic à un œil exercé par le simple fait qu'elle est capable de donner plus de signification à des lésions, restées douteuses sans elle.

Lorsque la syphilide pigmentaire est présente, ce qui est plus fréquent qu'on ne le croit, le diagnostic de syphilis sera fait plus par sa découverte que par toutes les autres manifestations syphilitiques concomitantes, ainsi la poliyadénopathie, on la trouve dans d'autres affections que la syphilis. L'adénopathie cervicale perd de sa valeur spécifique, lorsque le sujet est atteint de phtiriasse de la tête. La plaque muqueuse a trop de ressemblance avec l'érosion herpétique pour que son existence isolée soit capable de fixer, à elle seule, le diagnostic de syphilis. Quant aux taches érythémateuses de la roséole, quant à la chute des cheveux et à la céphalée, personne ne songera d'en faire des symptômes pathognomoniques. « C'est pour cela, dit Fournier, dans *Le Praticien* (44), que tout signe susceptible d'éclairer le diagnostic est le bienvenu ».

Ce signe si précieux en l'occurrence est la syphilide pigmentaire. Seule, la syphilis en est le possesseur. Ricord la considérait comme « un certificat de vérole ».

« Signature de la syphilis sur le cou du malade », disait encore Fournier.

Signe important de tout premier ordre, puisque c'est lui qui renseigne le médecin sur la nature d'un mal, ignoré le plus souvent par les malades eux-mêmes. « Les femmes surtout sont ignorantes de leur mal. Le mari ou l'amant la faisant traiter sans rien leur dire et le médecin est prié de se taire », s'exprimait encore Fournier dans son admirable *Traité*.

De son diagnostic dépendra donc celui de la syphilis acquise dans les nombreux cas de syphilis douteuse ou ignorée. Ces cas étant d'une extrême fréquence, les difficultés du diagnostic de la syphilis seront ainsi considérablement diminuées, de par la seule présence de la syphilide pigmentaire.

L'importance de cette dyschromie ressort surtout des quatre points suivants :

1° *A la période d'état*, elle permet d'affirmer, *sans aucune hésitation*, le diagnostic de syphilis acquise en donnant ainsi plus de valeur aux autres lésions syphilitiques concomitantes, cutanées ou muqueuses.

Elle transforme par conséquent une syphilis douteuse en syphilis certaine. Les cas sont trop nombreux pour en publier les observations ;

2° La syphilide pigmentaire met sur la voie d'une syphilis acquise n'ayant attiré aucunement et *par aucun autre stigmat*e l'attention d'un malade.

Elle permet donc de dépister les syphilis ignorées.

Obs. 57. — Yvonne F. ., 20 ans, couturière. — Examen le 15 février 1910.

Vient consulter à l'hôpital Broca pour de la métrite blennorrhagique et pour des végétations profuses péri-vulvaires

Pendant l'examen gynécologique pratiqué par M. Jeanselme, on s'aperçoit d'une éruption vaguement roséolique siégeant au niveau des faces internes des cuisses ainsi que au niveau du bas-ventre. L'examen poussé, on trouve en effet une roséole floride couvrant la poitrine, la ceinture, le bas-ventre et le dos.

Au niveau du cou, il existe une syphilide pigmentaire typique constituant un vrai collier avec son réseau brun-sépia et ses lunules de peau « décolorées ». Il ne faisait pas de doute que la malade était en pleine poussée secondaire.

La malade, qui nie avoir la maladie, raconte en effet avoir eu des rapports avec un jeune homme « qui avait quelque chose ». Se rappelle en outre avoir présenté, vers le mois d'août 1909, un bouton rouge peu douloureux au niveau du clitoris. Ce bouton a duré un mois et a disparu de lui-même. En septembre 1909, a eu une perte de cheveux considérable sans que la malade ait jamais eu de pellicules ou de lentes.

En janvier 1910, accident du côté de l'œil droit. L'œil a été rouge, douloureux « la lumière lui faisait mal ». Mal de gorge, à cette époque, pendant quatre jours.

Il est indéniable qu'il s'agit d'une jeune femme ayant eu un chancre syphilitique sept mois auparavant et que les autres accidents passèrent inaperçus jusqu'à la découverte de la syphilide pigmentaire qui a permis de reconstituer, à l'heure actuelle, l'enchaînement des accidents et aussi d'intervenir immédiatement.

Maireau, dans sa thèse inaugurale, publie trois observations de syphilide pigmentaire, n'ayant pas pu être rattachées à la syphilis. Cet auteur n'en fait pas moins une lésion spécifique. Il s'agissait en effet de trois prostituées, présentant une syphilis ignorée.

3° La syphilide pigmentaire peut rendre des services en médecine légale.

Son début, qui correspond au déclin de la roséole, permet en effet de calculer la date exacte de l'existence antérieure du chancre syphilitique. Une confrontation avec le transmetteur de la syphilis pourra établir dans une certaine mesure la possibilité de la contamination. Ces calculs, basés sur des considérations chronologiques, permettra, dans l'avenir, d'établir les responsabilités d'une façon scientifique (Thibierge).

4° Quelle valeur que la syphilide pigmentaire acquiert, lorsqu'on songe à sa longue durée, à son effacement désespérément lent ! Elle met des mois et des années à disparaître.

Vu sa longue persistance, nul signe ne peut prendre plus d'importance en clinique.

En somme, lésion trop importante pour constituer un symptôme pathognomonique de syphilis acquise. Et si les autres manifestations secondaires de la syphilis peuvent traverser leurs étapes sans bruit, la syphilide pigmentaire crie sa présence au cou ou ailleurs.

Elle échappe presque toujours au malade ; elle attire quelquefois l'attention de l'entourage ; mais la syphilide pigmentaire ne doit jamais passer inaperçue au cours d'un examen médical.

§ 2. — Diagnostic différentiel.

Tous les auteurs ne s'accordent pas pour considérer la syphilide pigmentaire comme appartenant exclusivement à la syphilis (Hallopeau et Leredde) (71). Cette dyschromie aurait été rencontrée dans la *phtysie pulmonaire* et Thibierge, qui a publié un cas de « syphilide

pigmentaire chez un phthisique », a très judicieusement proposé, pour ce nouveau groupe, le nom de *tuberculide pigmentaire*. Dans la littérature médicale il n'en existe que *trois cas*, dont voici les observations résumées :

Obs. 58. — CAS DE THIBIERGE : Homme, 60 ans. Tuberculeux cachectique. Tout le corps est pigmenté. Le visage a une teinte terreuse. Au cou, il existe des taches leucodermiques, allongées et nettement circonscrites, simulant la syphilide pigmentaire. Alopecie en clairière. Aucun accident de syphilis. Le malade a *le phthiriasis*.

A eu, 26 ans auparavant, des chancres ?

Obs. 59. — CAS DE LAURENT : Jeune homme, 16 ans. Hérédotuberculeux. A une adénopathie cervicale et des *boutons d'acné papulo-pustuleuse* dans le dos. Le malade a une syphilide pigmentaire. Nie la syphilis. Présente au niveau des deux aines les ganglions augmentés de volume et présente aussi des ganglions sus-épitrochléens.

Au cou il existe une hyperchromie avec des ilots lenticulaires.

Le malade n'est pas cachectique.

Enfin un troisième cas de FOURNIER, où il s'agissait d'une jeune fille tuberculeuse avec au cou, une syphilide pigmentaire typique, sans aucun accident spécifique en évolution.

Nous nous empressons de déclarer que ces trois observations n'enlèvent rien à la pathognomonie de la syphilide pigmentaire, pour les raisons suivantes :

1° Les deux cas de Thibierge et de Laurent sont des exemples typiques et irréfutables de ce qu'on appelle pseudo-syphilide pigmentaire ou fausses syphilides pigmentaires. Le premier malade, cachectique, et en puissance de phthiriasis, pouvait parfaitement ébaucher une fausse syphilide pigmentaire en développant, sur une

mélanodermie cervicale de nature cachectique, des cicatrices d'anciennes papules prurigineuses excoriées. Les îlots sont nettement circonscrits et achromiques, comme on le voit dans les fausses syphilides pigmentaires. De même pour le cas de Laurent qui présente un jeune adolescent en puissance d'acné et dont les cicatrices ont pu parfaitement simuler les îlots blancs de notre dyschromie. Encore un cas de fausse syphilide pigmentaire.

La tuberculose est certainement l'affection prédominante chez la jeune fille du P^r Fournier. Mais qui nous dit que la jeune fille n'ait pas eu la syphilis tout en n'ayant pas de manifestations en évolution ?

La tuberculose ne constituerait qu'une coïncidence chez la jeune fille probablement syphilitique de Fournier, l'hypothèse d'une inoculation extra-génitale étant parfaitement possible.

2° Ce ne sont pas trois observations de « syphilide » pigmentaire évoluant chez des tuberculeux qui pourront enlever à cette dyschromie son caractère pathognomonique. Pour pouvoir prétendre à l'existence de la syphilide pigmentaire dans d'autres affections que la syphilis, l'unique observation de Fournier est vraiment incapable à elle seule de spolier la syphilis de son meilleur stigmaté.

La grande fréquence de la tuberculose chez les individus non syphilitiques aurait pu fournir un plus grand nombre d'observations et de preuves de cette prétendue syphilide pigmentaire de nature bacillaire si cette dernière existait réellement !

Nous connaissons l'existence d'une mélanodermie dans la tuberculose pulmonaire. Ses caractères la rapprochent

des autres mélanodermies cachectiques. La syphilide pigmentaire ne s'en rapproche guère, puisque la pigmentation tuberculeuse commence avec la face en lui imprimant une teinte terreuse ; elle ne se voit que dans la période avancée de la tuberculose et sa symétrie est remarquable sur le dos du nez, sur le front, sur les pommettes et sur les mains (Jullien) (81).

Il est donc légitime de rejeter définitivement cette prétendue « syphilide » pigmentaire des tuberculeux.

La syphilide pigmentaire, si on ne la rencontre que dans la syphilis, demande toutefois à être différenciée de quelques autres dermatoses, avec lesquelles il ne faudra pas les confondre :

Le masque de la grossesse a son siège à la figure. Sa pigmentation réticulaire peut simuler la syphilide pigmentaire.

Le chloasma utérin se rencontre chez les femmes dysménorrhéiques et souvent ayant dépassé la quarantaine. Il se caractérise par une pigmentation diffuse à localisation périorbitaire.

La phtiriase engendre, elle aussi, une pigmentation diffuse recouvrant le cou, le thorax, les membres, l'abdomen et même tout le corps. La présence de papules, excoriées dues au prurigo parasitaire, les stries de grattages, et les lentes fixées aux cheveux ou sur les vêtements, feront faire le diagnostic.

La mélanodermie dans la maladie d'Addison, est aussi diffuse et sa pigmentation est progressive. Il y a en outre une asthénie très marquée ainsi qu'une pigmentation des muqueuses.

Le lentigo apparaît en été. Ce sont des taches isolées

jaunes claires, lenticulaires, frappant la figure ou les membres.

Le pithysiasis versi colore est une affection parasitaire due au *microsporou furfur*, caractérisée par des taches jaunes ou brunes franchement squameuses. La coloration de ces taches varie d'un élément à un autre et peut changer sur une même tache suivant le moment. Elles sont farineuses. Un coup d'ongle fait détacher un « lambeau desquamatif » (Darier). C'est le *signe du copeau*, qui est pathognomonique.

Toutes les régions peuvent en être le siège, sauf les mains et les pieds. Il existe un léger degré de prurit.

Examinée au microscope, après avoir dilué quelques squames de la périphérie des taches dans de la potasse à 40°, on décèle facilement « de nombreuses grappes de 15 à 30 spores rondes. De ces amas partent des filaments de mycélium enchevêtrés et flexués. » (Darier).

Ce sont généralement des individus entachés de tuberculose pulmonaire chez qui on trouve cette dermatose. Cette particularité est due à ce que le *microsporou* y trouve un terrain de culture approprié.

Cette dermatose peut constituer de larges nappes :

Obs. 60. — Gén..., 26 ans, maréchal-ferrand. Entre dans le service de M. Queyrat, pour des lésions syphilitiques secondaires : plaques muqueuses amygdaliennes et céphalée intense. A présenté en octobre 1909 un chancre syphilitique. Suit un traitement mercuriel immédiatement après son apparition. A eu depuis le 6 octobre une série d'injections d'huile grise.

En novembre, a fait une poussée de syphilides érythémato-papuleuses.

Examen le 15 février 1910 : Au niveau du cou on distingue un réseau

grisâtre serpigineux et déterminant, par endroits, de très nombreuses lunules de peau saine. Au premier abord on croit à l'existence d'une syphilide pigmentaire. Mais, en déshabillant le malade, on remarque que ce réseau se continue sur la poitrine, sur le dos, sur les deux flancs en s'arrêtant aux hanches. Cette éruption date depuis 4 ans et a été soignée à l'hôpital Saint-Louis avec la teinture d'iode.

Il existe actuellement de larges placards serpigineux donnant, au grattage, le signe du copeau.

Il s'agit par conséquent d'un pityriasis versicolore à larges nappes chez un syphilitique déterminant au niveau du cou un réseau simulant une syphilide pigmentaire.

Dans un cas la même dermatose a coexisté avec une syphilide pigmentaire :

Obs. 61. — Lucie Ch..., 28 ans, journalière. Examen le 19 mars 1910 :

A été soignée en 1902 pour des chancres.

En 1905 a présenté une roséole floride et disséminée au bras, à la poitrine et sur le ventre. A été traité pendant 5 mois avec des pilules.

En février 1909, entre à l'hôpital Broca pour des syphilides érythémato-papuleuses squameuses, éruption qui datait depuis le mois de décembre 1908. A eu à ce moment une série d'injections d'huile grise. Cette éruption a disparu vers le mois de mars 1909. Elle siégeait au ventre, au niveau de la poitrine et sur les membres. Mais, elle était particulièrement abondante au niveau du cou et sur la figure.

C'est en sortant de l'hôpital Broca, en avril 1909, que la malade s'est aperçue que le cou se pigmentait.

N'a rien remarqué de pareil au niveau du cou, avant l'éruption papuleuse de l'année dernière.

Actuellement on remarque, en effet, une syphilide pigmentaire cervicale entourant le cou dans toute sa totalité. On remarque que les îlots paraissent bien achromiques, déprimés et atrophiés et leur contour est nettement visible. Il s'agit probablement d'un cas de leucomélanodermie post-éruptive.

Ce qui fait l'intérêt de cette observation, c'est la coïncidence de cette syphilide pigmentaire atypique avec un pithyriosis versicolore se généralisant sous forme de placards serpigineux, larges de la dimension de la paume de la main, au niveau des régions axillaires, de la région antérieure de la poitrine et surtout au niveau du dos.

Ces placards existent depuis très longtemps et donnent au grattage le signe caractéristique du coup d'ongle.

La malade tousse le matin, a un « fort rhume » et crache quelquefois des filets de sang.

Le père est mort de tuberculose pulmonaire.

L'erreur peut être encore faite avec les taches brunâtres que laissent un *badigeonnage à la teinture d'iode*.

L'interrogatoire du malade et l'aspect desquamatif des lésions suffiront pour éviter cette grossière erreur.

Les rayons solaires déterminent une pigmentation au niveau de l'épiderme. C'est le *hâle* avec sa teinte cunifforme et siégeant uniquement sur les parties découvertes.

Le vitiligo, lorsqu'il siège au cou, rappelle certaines formes de la syphilide pigmentaire. Mais il s'agit d'une dyschromie congénitale où l'achromie et l'hyperchromie se mélangent sous forme de placards allongés et largement étendus. Les taches blanches ont un éclat mat, une forme polylopée et un contour sinueux.

L'hyperchromie débute brusquement là où les taches blanches cessent d'exister. Le vitiligo est symétrique et, présente souvent cette particularité de changer d'emplacement suivant les moments.

Les poils qui se trouvent à leur niveau prennent souvent la coloration locale.

Les taches de la lèpre sont constituées par des macules fauves accompagnées de troubles sensitifs.

Les syphilides nigricantes sont constituées par des taches pigmentées, consécutives à des éruptions antérieures mais ne suivant pas les phases de décoloration indiquées dans l'évolution de celles qui constituent la leucomélanodermie post-éruptive. Certaines syphilides érythémato-papuleuses laissent à leur suite des macules brunâtres et non pas des lunules achromiques. Il y a, dans l'évolution de ces syphilides, un double processus qui demande à être élucidé.

La confusion sera impossible à faire avec les *cicatrices de la varicelle et de la variole*, qui se présentent avec une forme cerclée et bien arrondie ou elliptique et dont le siège et les commémoratifs leur sont propres.

Le livédo est particulièrement susceptible d'amener la confusion avec la syphilide pigmentaire.

Obs. 62 (JEANSELME). — Marie B..., 28 ans. Examen le 22 décembre 1909 :

Cette malade est entrée dans le service pour des plaques muqueuses hyperthrophiques de la région anogénitale.

Elle porte au niveau du cou une syphilide pigmentaire entièrement développée. Il semble que quelques-unes des aires blanches sont légèrement déprimées ou offrent même l'aspect de cicatricules vergetés, mais cet aspect est assez rare pour qu'on puisse penser qu'il s'agit peut-être de cicatricules antécédentes à la syphilide pigmentaire.

La malade a les cheveux et les sourcils, les cils de coloration châtaine. Le teint est assez floride avec des ectasies sur les joues et la coloration bistre n'existe guère qu'à la partie interne des paupières supérieures.

Elle ne présente à aucun degré la paire de lunettes des membres de la famille biliaire.

Un jet de chlorure de méthyle est jeté sur la face latérale du cou et on constate que toute la surface au contact du liquide réfrigérant se couvre d'un voile érythémateux d'intensité uniforme, de sorte qu'à ce niveau la syphilide pigmentaire devient moins apparente.

Mais après quelques minutes, l'érythème diminue d'intensité et l'on voit nettement, d'abord à la loupe, puis à l'œil nu, des lunules pâles dans la nappe érythémateuse.

La même expérience faite à deux reprises différentes a donné le même résultat.

A la face postéro-interne des cuisses, depuis le sillon cruro-fessier jusqu'au-dessus du creux poplité, il existe un réseau de cordons pigmentés, inscrivant dans ses mailles des aires blanches. L'aspect de l'ensemble est tout à fait celui des syphilides pigmentaires à larges mailles. Nous nous sommes assurés que cette malade ne fait pas usage de chauferettes, qui, comme on le sait, donnent lieu à la longue, par une sorte de brûlure chronique, à des réseaux pigmentés, rappelant assez bien la syphilide pigmentaire. La malade ignore depuis combien de temps elle porte cette lésion cutanée.

Mais en projetant un jet de chlorure de méthyle sur les régions bigarrées, on constate que les parties touchées par le liquide réfrigérant, perdent leur formation réticulée.

Il s'agit donc d'un trouble vaso-moteur, d'une sorte de livédo qui avait été pris pour de la syphilide pigmentaire.

Enfin, il nous reste à rappeler que *les pigmentations* consécutives à l'eczéma, au psoriasis, au pemphigus, que les pigmentations traumatiques au niveau des régions qui ont subi des pressions locales ou consécutives aux maladies prurigineuses comme la gale, l'urticaire, ainsi que le chloasma cachectique de la malaria, de l'alcoolisme, du cancer et de la sénilité, ont des caractères trop spéciaux pour entraîner une confusion, lors du diagnostic de la syphilide pigmentaire.

Les fausses syphilides pigmentaires. — Certaines

lésions des téguments de la région cervicale peuvent parfaitement simuler la syphilide pigmentaire vraie. Ce sont ces cas qui ont permis à certains auteurs de douter de la nature syphilitique de la syphilide pigmentaire.

Les affections suivantes sont susceptibles de reproduire la fausse syphilide pigmentaire :

1° La *phtysie* à sa période avancée de complicité avec la phtiriasse ou l'acné, comme nous l'avons vu plus haut, à propos de la tuberculide pigmentaire de Thibierge ;

2° Les *éphélides* confluentes, lorsqu'elles siègent au cou. Roblin cite le cas d'une jeune femme, qui a présenté une pseudo-syphilide pigmentaire cervicale consécutive à un séjour prolongé au bord de la mer; la pigmentation solaire s'étant distribuée au niveau du cou et de la nuque suivant les espaces laissés libres par un col en dentelle ;

3° Les éruptions prurigineuses, comme celles de la *gale*, de la *phtiriasse* et du *psoriasis* peuvent simuler la syphilide pigmentaire, lorsqu'elles siègent au cou. Nous en donnons une observation, que nous avons recueillie dans le service de M. Jeanselme :

Obs. 63. — Marcelle Fl..., 21 ans, espagnole. — Examen le 20 avril 1910.

A été soignée pendant deux mois à l'hôpital Saint-Louis pour une gale avec pyodermite consécutive, en avril 1909.

A cette époque tout le tégument a été couvert de pustules, et à l'heure actuelle on y trouve encore des macules grisâtres, à larges placards de toutes les dimensions. Il n'y a que les mains et les pieds et la figure qui en sont respectées.

Le malade n'a pas la syphilis. On ne trouve aucun signe pouvant la soupçonner : il n'y a ni plaques muqueuses, ni roséole, ni

adénopathie. Les cheveux ne tombent pas, et il n'y a pas de céphalée. Pas de fausses-couches.

Au niveau de la vulve on ne trouve qu'une vaginite intense ainsi que deux éléments de folliculite.

Au niveau du cou, il est intéressant de noter l'état particulièrement grisâtre et réticulé en partie. En effet, on y trouve de nombreuses macules grisâtres, vestiges d'anciennes éruptions prurigineuses, s'agencant sans toutefois prendre l'aspect d'un réseau, mais donnant à la région cervicale plutôt une apparence tachetée. Par ci, par là, quelques ilots achromiques et déprimés, cicatrices de papules excoriés, allongés et irréguliers. La malade se rappelle parfaitement avoir présenté tout autour du cou des éléments prurigineux et pustuleux.

La malade, espagnole, présente une peau des plus mates, a les cheveux, les cils et les sourcils bruns, les yeux bruns. Présente en outre des grains de beauté, des naevi pigmentaires, des taches de rousseur et les paupières sont légèrement hyperpigmentées.

Il s'agit bien ici d'un cas de *fausse syphilide pigmentaire*, puisque le « réseau grisâtre du cou » est dû aux mouchetures qui sont bien l'œuvre d'une pyodermite postscalici antérieure et évoluant chez une femme nullement syphilitique.

La leucomélanodermie post-éruptive de Gaucher et Millian. — Le chapitre des fausses syphilides pigmentaires serait incomplet si nous devions nous arrêter sur ce qu'on a appelé en Allemagne leucoderma syphiliticum, leucomélanodermie post-éruptive ou pérityphite pigmentaire en France.

Cette lésion constitue, elle aussi, une dyschromie et, comme telle, elle a été rangée à côté de la syphilide pigmentaire vraie. Il ne s'agit en réalité que d'une syphilide pigmentaire atypique.

Celle-ci se différencie de la syphilide pigmentaire typique par de très nombreux caractères.

Il y a donc lieu de lui accorder une place bien distincte, en dehors de la syphilide pigmentaire vraie et, lorsque nous aurons mis en lumière ses traits propres, toute confusion sera prévenue.

Et il y a bien lieu de croire à une confusion, un grand nombre d'auteurs ayant tiré de l'évolution de la leucomélanodermie post-éruptive, *les données définitives* pour expliquer la pathogénie de la syphilide pigmentaire.

C'est en Allemagne et en Danemark, avec Neisser, Lesser, Neumann, Riehl et Haslund, que *la leukoderma syphiliticum* est née, et c'est en France qu'elle a reçu sa consécration définitive, depuis les travaux si bien menés par les éminents maîtres de l'école française contemporaine. Les plus importants travaux à ce sujet ont été faits par Hallopeau, Balzer et Barcat, Thibierge et Hullen, par Maireau, Saintin, Caillat et Delmas, par Hudelo, Leredde, Klein, Dubreuilh, et surtout par ceux des professeurs Fournier et Gaucher, et son élève Roblin 116, qui ont présenté à ce sujet des documents fort importants.

La leucomélanodermie post-éruptive est une dyschromie, assurément. Par son aspect, elle rappelle la syphilide pigmentaire vraie. Mais sa configuration est toute autre. Son origine, le matériel qui sert à sa formation est plus complexe, comme l'est aussi son évolution. Les conditions de formation de cette dyschromie étant différentes de celles que nous venons d'étudier pour la syphilide pigmentaire vraie, il en résulte, entre ces deux dyschromies, de notables différences.

Toutes les lésions du cou peuvent la produire, excepté les macules de la roséole syphilitique, celles-ci étant,

comme nous venons de le démontrer, à l'origine de la syphilide pigmentaire vraie. Les lésions cervicales, capables d'engendrer la leucomélanodermie post-éruptive, sont : les syphilides érythémato-papulo-squameuses ou croûteuses ; les syphilides miliaires folliculaires ou lichénoïdes, et les syphilides papulo-tuberculeuses.

Ce sont ces lésions que le malade appelle *improprement* « la roséole » ou « des boutons ».

Disséminées, à installation bruyante et floride, ces éléments ne respectent aucune région de la peau.

Ce sont des éléments franchement rouges, infiltrés, saillants et rugueux au toucher ; leur caractère dominant réside dans leur persistance beaucoup plus longue que celle de la roséole maculeuse ou papuleuse, d'apparition fugace.

Lorsque ces éléments siègent dans la région cervicale, ils aboutissent, de par leur évolution, à la formation d'une dyschromie. Leur évolution étant plus lente et plus insidieuse, leur observation sera plus aisée que celle de la syphilide pigmentaire vraie. Ceci ressort des nombreuses descriptions qui ont été données par Gaucher, Roblin, Hallopeau, Balzer, Thilierge, Hulleu et Neisser, toutes identiques en elles-mêmes.

Il n'en a pas été de même pour la syphilide pigmentaire vraie, primitive pour les uns, post-éruptive pour les autres.

Si l'on suit un élément érythémato-papuleux dans toute sa phase de régression, on peut facilement assister aux étapes suivantes :

1. Pâlisement de l'élément érythémato-papuleux ;
2. Régression de cet élément, de la périphérie au

centre, par la formation de fines plicatures au niveau de son bord arrondi :

3. Dépression de l'élément à son centre ;
4. Plissement épidermique consécutif. Les plis sont perpendiculaires et parallèles entr'eux ;
5. Apparition d'une collerette achromique ;
6. Son agrandissement, par diminution progressive de l'élément primitif ;
7. Réduction de ce dernier à une petite papule, puis à une macule brunâtre, occupant le centre ;
8. Le reste de l'emplacement est franchement achromique ;
9. Disparition complète du point maculeux central ;
10. Formation d'une lunule achromique totale, se présentant sous forme d'îlot nettement décoloré et franchement leucodermique.

A ce stade final, les éléments érythémato-papuleux sont totalement remplacés par des îlots décolorés, par des lunules blanches, se détachant sur un fond hyperpigmenté.

Comme dans la syphilide pigmentaire vraie, cette dyschromie est constituée par deux parties :

1^o *La lunule achromique*, ayant les caractères suivants : Ilot nettement cicatriciel, déprimé au centre et à épiderme aminci, décoloré, donc nettement achromique. Ses bords sont bien accusés et tranchent brusquement sur les parties voisines par une ligne arrondie et d'une orbicularité parfaite, empruntant ainsi une forme géométrique.

Ce sont, par conséquent, les caractères réunis d'une *vraie cicatrice* ;

2° *La périphérie hyperpigmentée*, encadrant les lunules achromiques.

Si l'on examine maintenant la région cervicale, en considérant l'ensemble de l'éruption, on trouve les éléments érythémato-papuleux à tous les stades de leur évolution, depuis la papule érythémateuse initiale fraîche, jusqu'à la lunule achromique. Il est facile de reconstituer en entier la gamme de leur transformation.

C'est ce qui résulte des observations des professeurs Gaucher, Roblin, Thibierge et Hullen, Hallopeau et de celles que nous avons pu recueillir dans les services de MM. Jeanselme, Queyrat et Fournier :

Obs. 64. — Suzanne M. . , 45 ans, domestique. — Examen le 13 décembre 1909.

Chancre syphilitique passé inaperçu.

Plaques muqueuses vulvaires et roséole en octobre 1909.

Admise dans le service de M. Jeanselme et mise au traitement à l'huile grise en décembre 1909.

Actuellement, la malade présente des syphilides érythémato-papuleuses au niveau des bras, du cou, de la nuque, et quelques-unes disséminées sur le reste du corps. La nuque présente une rangée de ces éléments à l'état frais. Sur le côté gauche du cou, il n'en existe qu'un seul élément. La malade sort de l'hôpital.

Le 15 février 1910 : La nuque, qui a toujours présenté une hyperpigmentation normale, offre deux sortes de lésions : une hyperpigmentation généralisée (cervicale) et de nombreuses lunules achromiques, disséminées sur la nuque, depuis la partie basse de la région interscapulaire jusqu'au niveau du cuir chevelu.

La malade dit avoir eu des croûtes dans les cheveux en janvier.

Il est possible qu'à ce moment, la malade ait eu des éléments analogues à ce niveau, le front étant couvert de quelques éléments semblables.

Il est à remarquer que les lunules blanches sont actuellement à

différents degrés de leur évolution. On voit ici une papule jam-bonnée et infiltrée ; à côté une autre, plissée. Plus loin, un autre élément déprimé au centre, et entouré d'une collerette achromique. Plus bas, un autre élément recouvert d'une calotte achromique, la rétraction de l'élément ne s'étant effectué que sur un de ces pôles. On trouve de même des lunules achromiques, présentant, comme unique vestige de l'éruption antérieure, à son centre, un point brunâtre, si souvent indiqué dans les observations de Gaucher, Hallopeau et Thibierge.

C'est un bel exemple de leucomélanodermie post-éruptive. La malade a eu six injections d'huile grise.

Obs. 65. — Marie L. . . , 27 ans. — Examen le 27 décembre 1909 :

Plaques muqueuses le 5 octobre 1909. Entre à l'hôpital Broca et depuis elle présente sur tout le corps, ainsi qu'au niveau de la nuque et du cou, des syphilides folliculaires, miliaires.

Le 10 janvier 1910. — Les éléments du cou pâlisent ainsi que ceux du reste du corps.

Le 28. — On constate que la plupart des syphilides cervicales sont déprimées au centre et entourées d'une fine collerette achromique.

Le 15 février. — Par place, les mêmes éléments ont disparu et se trouvent remplacés par des lunules blanches nettement limitées.

Quelques-unes présentent à leur centre une macule brune.

Au niveau des aisselles, il existe des éléments analogues avec les mêmes transformations.

Ceci vient à l'appui de l'opinion qui voit dans certaines syphilides pigmentaires une évolution aboutissant à la transformation leucodermique de la papule érythémateuse.

Obs. 66. — Bour . . . , 24 ans. — Examen le 17 mars 1910 :

Chancre amygdalien soigné en 1908 (mai), dans le service de M. Queyrat, à l'hôpital Ricord. N'a jamais eu la roséole. Mais a présenté à cette époque une syphilis maligne précoce, se traduisant, un mois et demi après l'accident initial, par de larges ulcérations uniformes, disséminées sur la poitrine et le dos.

Au niveau du cou, pas de syphilide pigmentaire. Mais il existe trois éléments ronds, de la dimension d'une pièce de 20 centimes, de contour lenticulaire. Ces éléments sont plissés et décolorés, à épiderme atrophie, déprimé. Ce ne sont que les vestiges de trois syphilides ulcéreuses à l'état cicatriciel. Cette cicatrice plissée est entourée par une région de peau anormalement pigmentée, par déplacement pigmentaire à la périphérie des éléments.

Obs. 67. — Gustave H. . . , 52 ans.

Chancre syphilitique à la verge en 1908. Reste sans traitement jusqu'en septembre 1908, époque à laquelle il est mis aux frictions et aux injections de l'iodure de mercure. N'a pas remarqué la roséole.

A ce moment, le malade a eu une poussée floride de syphilides érythémato-papuleuses, disséminées sur les bras, le dos, le cou, la poitrine et le ventre.

Le 4 mars 1910. — Le malade revient pour un iritis unilatéral.

Au cou, on constate une syphilide pigmentaire atypique consécutive à la poussée antérieure. La nuque est en effet le siège d'une pigmentation grisâtre, anormale entourant des lunules allongées, plutôt régulières et franchement achromiques et qui sont bien le vestige des éruptions antérieures présentées par le malade en 1908. L'état de décoloration et d'atrophie de chaque élément achromique, la durée longue de la poussée éruptive qui les a précédées, sont suffisantes pour affirmer leur succession aux syphilides érythémato-papuleuses.

Le reste du corps présente le même aspect, partout où il a été le siège de cette poussée antérieure, donnant l'aspect d'une dyschromie généralisée. C'est ainsi que la syphilide pigmentaire de ce malade, consécutive aux éruptions antérieures, s'étend largement depuis le cou et la nuque jusqu'aux flancs, la ceinture et les lombes.

L'examen histologique de cette lésion, dénommée *leucodermie syphilitienne*, est venu souligner les données d'ordre clinique et confirmer ainsi l'exactitude de son

observation. Hjelmann (73) et de Maieff (92) ont pratiqué des biopsies et leur résultat est identique :

La biopsie de de Maieff comporte l'examen des tégu-ments de quatre syphilitiques en possession d'une syphi-lide pigmentaire :

Tache foncée :

Couche de Malpighi est plus épaisse que normalement.

La pigmentation est plus intense dans cette couche et dans les interstices. Les papilles sont déprimées et amin-cies. Du côté des artérioles et des veinules, il y a épaïs-sissement avec prédominance du tissu fibreux. L'endo-thélium est tuméfié. *Oblitération artérielle par throm-bose. Tout autour, des granulations pigmentaires intra-cellulaires*, avec infiltration embryonnaire et pigmentaire de la couche papillaire. La pigmentation est péri-vascu-laire et péri-lymphatique. Elle frappe aussi la couche épithéliale des glandes pilo-sébacées.

Les taches blanches :

Absence de la couche transparente de Malpighi ;

Absence de quelques rangs de cellules aplaties ;

Les noyaux perdent la faculté de s'imprégner ;

Absence de pigmentation dans la couche des cellules cylindriques ;

Prédominance des cellules pigmentaires dans la couche superficielle du derme avoisinant la tache blanche.

Absence de ces cellules pigmentaires au centre de la tache blanche ;

Oblitérations vasculaires à ce même endroit.

Il résulte de cet examen histologique *que la lésion, dans la leucomélanodermie post-éruptive, est la partie achromique, dont l'épiderme se trouve aminci, atrophié*

et que le derme est le siège d'une artérite syphilitique avec ou sans thrombose.

Quant aux régions hyperpigmentées, on ne constate, en fait de lésions, qu'une accumulation abondante de pigment distribué autour des vaisseaux oblitérés. Cette abondance pigmentaire a été expliquée par les auteurs par un *déplacement pigmentaire*. Le pigment serait enlevé progressivement à mesure que l'élément érythémato-papuleux évolue vers l'achromie, pour être déposé à sa périphérie. C'est ce qui semble résulter de l'expérience suivante qui a été pratiquée par notre éminent maître, M. Jeanselme, sur une malade de l'hôpital Broca, dans le but d'étudier les troubles de la fonction pigmentaire à l'occasion d'une poussée éruptive, du genre de la syphilide érythémato-papuleuse :

Obs. 68 (JEANSELME). — M^{me} J..., Constance, 29 ans, ouvrière.
— Examen le 22 décembre 1909 :

Le premier symptôme de syphilis apparu a été une roséole floride et abondante disséminée sur le tronc et les membres, ne respectant guère que la face.

A la même époque plaques muqueuses génitales.

Ces manifestations cutanées avaient été précédées d'une céphalée continue jour et nuit et très douloureuse pendant tout un mois.

Après la disparition de la roséole et des plaques muqueuses, période de silence qui s'est prolongée jusqu'à il y 3 mois, époque à laquelle la malade a commencé à perdre abondamment ses cheveux, sans que la céphalée soit revenue.

Il est évident que les cheveux sont clairsemés au niveau des régions pariétales.

Mais le cuir chevelu est couvert d'une couche de séborrhée.

Depuis un an, la malade a suivi un traitement systématique, à savoir : des séries de piqûres d'huile grise au nombre de 6, séparées par des périodes de 6 semaines de repos.

La malade vient nous voir parce qu'elle présente une nouvelle éruption : sur les avant-bras notamment ; sur leur face antérieure il existe une douzaine de disques du diamètre d'une pièce de 50 centimes à 1 franc, d'un rouge éteint, recouverts de squames. Certains sont guéris au centre, si bien que les éléments prennent alors nettement une forme annulaire. Par la pression, on chasse la teinte érythémateuse, mais il subsiste une légère pigmentation.

Cette éruption ne s'accompagne d'aucun prurit.

En somme, il s'agit d'une éruption érythémato-squameuse en voie de déclin qui, très vraisemblablement, a fait au début un léger relief, de sorte qu'on peut la rattacher au type érythémato-papuleux.

Cette éruption de syphilides papulo-circinée date de 2 mois.

Au niveau du cou, il existe une éruption d'apparence plus jeune, ce sont des anneaux de tailles très diverses pouvant atteindre jusqu'à 2 ou 3 cent. de diamètre, d'un rose jambonné surmonté de squamules sèches.

Il est facile de saisir le mode de formation de ces anneaux.

Il apparaît d'abord un petit disque papuleux *plein*, bas et obtus. D'autres éléments sont des anneaux dont le centre est légèrement érythémateux. D'autres enfin ont leur centre de couleur blanche *et même achromique*.

L'intérêt que présente cet exanthème du cou, c'est qu'il est intimement mélangé à une syphilide pigmentaire bien développée sur les faces latérales du cou, notamment à gauche. Les lunules achromiques se détachent nettement sur le fond de teinte bistre très prononcé.

La malade est de carnation très brune : cheveux châains-foncés, les paupières sont d'une nuance très pigmentée, c'est le stigmate relevé sur les sujets appartenant à la famille biliaire.

Il faut noter qu'il existe un élément érythémato-papuleux sur le versant gauche de la racine du nez, au-dessous de la tête du sourcil et empiétant quelque peu sur la pigmentation de la paupière supérieure gauche.

A la face interne du bras droit, au-dessous de l'aisselle, de nombreuses papules du diamètre d'un petit pois, groupés en corymbes et saupoudrés de petites squamules. C'est également une manifestation spécifique secondaire.

On procède à la cautérisation à l'acide acétique pur de deux régions éloignées l'une de l'autre. Une cautérisation est pratiquée sur le versant droit du cou, sur une étendue de 5 à 6 centimètres carrés. Une autre cautérisation est pratiquée au niveau de la partie inférieure droite de la région thoracique, sur une étendue sensiblement plus grande.

Cette cautérisation est faite dans le but d'étudier la façon dont se comporte l'appareil pigmentaire, du fait d'une irritation locale artificielle.

Le 30 décembre 1909. — Sur les points qui ont été cautérisés à l'acide acétique, au niveau du cou et du dos, la peau a pris une coloration sensiblement plus claire ; mais sur ce fond dépigmenté se détache un assez grand nombre de ponctuations brunes.

Aujourd'hui même il est fait, sur chaque point cautérisé, une nouvelle application.

Le 18 janvier 1910. — Les deux régions où l'on a appliqué l'acide acétique, à savoir : la face latérale droite du cou et la région du dos, sont manifestement dépigmentées.

Elles ne sont pas blanches, mais légèrement érythémateuses, car il subsiste encore un peu d'inflammation et l'on voit sur les surfaces érythémateuses achromiques quelques squamules facilement détachables qui indiquent que la desquamation est récente, tandis que la surface couverte d'acide acétique au niveau du dos est uniformément érythémato-achromique. Au niveau du cou, on voit une foule de petites ponctuations pigmentaires orientées comme les crêtes papillaires de la peau.

Les deux régions achromiques sont cernées par un liseré hyperpigmenté très net ayant environ 4 millimètres de largeur.

« En somme, ajoute M. Jeanselme, une irritation violente produite par l'acide acétique semble avoir pour ainsi dire chassé le pigment à la périphérie.

Cette petite expérience semble donner raison à ceux qui soutiennent que la syphilide pigmentaire, dans sa forme atypique, est consécutive à une éruption spécifique primitive du cou.

Les éléments, après avoir rétrocedé, donneraient lieu aux lunules achromiques et le pigment rejeté à la périphérie constituerait le réseau pigmenté. »

Cette expérience, pratiquée par M. Jeanselme, ne reproduit-elle entièrement les phases de transformations par lesquelles passent les syphilides érythémato-papuleuses, les papules prurigineuses de la gale et de la phthiriasé, les éruptions acnéiques ou celles de la rougeole?

Nous pensons qu'entre la lésion inflammatoire de ces dernières et l'irritation violente artificielle pratiquée par notre éminent maître, il n'y a qu'une différence de procédés.

Ce sont les caractères de la leucomélanodermie post-éruptive que nous venons de décrire. Il nous a semblé pourtant que cette fausse syphilide pigmentaire perdait entièrement avec le temps, les caractères qui la faisaient différencier de la syphilide pigmentaire vraie.

Après un temps variable, les îlots achromiques paraissent reprendre du pigment, leur élasticité s'accroître, leur épaisseur augmenter pour se mettre au niveau des parties de la peau environnantes.

De sorte qu'il est possible, par une réfection complète des tissus, que la leucomélanodermie post-éruptive prenne, à une certaine période avancée, tous les caractères de la syphilide pigmentaire vraie.

Il y aurait donc unification dans les deux formes de la syphilide pigmentaire, après qu'elles aient évolué séparément, chacune pour son propre compte.

La leucomélanodermie n'en garde pas moins sa place dans le groupe des fausses syphilides pigmentaires.

CHAPITRE X

ÉVOLUTION. — DURÉE. — TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE

§ 1. — Evolution.

A la syphilide pigmentaire vraie on peut décrire les phases suivantes :

1° *Phase érythémateuse* ayant la roséole cervicale avec son réseau érythémateux comme élément déterminant.

Phase fugace qui échappe le plus souvent au malade et à l'observateur. Sa durée éphémère et la timidité de son teint exigent pour sa recherche une exploration minutieuse et répétée des régions cervicales et de la nuque.

Cette phase peut durer de quelques heures à trois semaines.

2° *Phase de pigmentation* caractérisée par une transformation lentement progressive du réseau érythémateux en réseau pigmenté.

Cette phase dure plusieurs jours en général.

3° *Phase d'hyperpigmentation* caractérisée par une pigmentation toujours progressive du réseau pigmenté aboutissant en trois ou quatre semaines.

4^e *Période d'état* où la pigmentation s'arrête à la coloration jaune sale chez les individus de carnation blonde ou à la coloration brun-sépia chez les individus de carnation brune.

À la période adulte, la syphilide pigmentaire reste stationnaire plus ou moins longtemps suivant les individus.

Nous donnons l'observation d'une jeune fille, syphilitique *depuis 2 ans* (ayant présenté l'accident primitif en avril 1908) et qui depuis le mois de septembre 1908 conserve une syphilide pigmentaire typique à sa période d'état sans tendance à la régression :

Obs. 65 (JEANSELME). — Léa T..., 21 ans, couturière. — Examen le 15 décembre 1909 :

Alopécie en mai 1908.

Roséole en juillet 1908.

Syphilide pigmentaire en septembre 1908.

Céphalée en janvier 1909.

Poussée congestive pulmonaire en février 1909 pour laquelle on a appliqué des pointes de feu au sommet gauche en avant et en arrière. Ces pointes de feu, surtout en arrière, donnent une pigmentation assez accusée. La malade nous dit du reste que les moindres égratignures lui laissent des pigmentations.

En outre, c'est une femme qui a la peau excitable et légèrement dermographique.

Cette jeune femme nous dit qu'elle *a toujours eu le cou de couleur foncée*, bien que ses cheveux soient blonds cendrés et qu'elle ait les iris de couleur gris-clair.

Le visage est pigmenté comme celui d'une brune et fait contraste avec les cheveux et avec les cils et les sourcils qui sont également blonds.

Les voiles palpébraux sont très fortement bistrés : c'est la paire de lunettes qu'on observe chez les individus appartenant à la famille biliaire.

En septembre 1908, cette jeune femme a remarqué que son cou fonçait rapidement et en même temps sur



le fond hyperpigmenté « apparaissait des taches blanches ».

C'est une syphilide pigmentaire au maximum.

A la face antérieure des aisselles, qui est bistrée, on ne remarque pas de lunules achromiques.

On n'observe aucune tache achromique au niveau des régions inguinales.

La radiothérapie, les courants galvaniques et ceux de haute fréquence n'ont donné aucun résultat.

D'après les dires de la malade, il semblerait qu'il y ait eu réellement hyperpigmentation et il n'est pas bien sûr qu'il y ait eu décoloration au niveau des lunules, « qui nous semblent achromiques ». On peut même se demander si, au niveau des lunules qui semblent achromiques, la peau n'est pas néanmoins encore plus pigmentée que celle du devant de la poitrine.

Examen le 7 avril 1910. La syphilide pigmentaire est encore à sa période d'état 20 mois après son éclosion.

5° *Période de dépigmentation*, caractérisée par un effacement lentement progressif jusqu'à sa complète disparition.

C'est la période la plus longue de toutes, la syphilide pigmentaire pouvait mettre de 1 à 8 ans jusqu'à sa régression définitive.

§ 2. — **Durée.**

La syphilide pigmentaire ne dure jamais moins de 6 mois, généralement elle dure 1 an 1/2 ; 2 ou 3 ans encore assez fréquemment. Nous en avons vu qui ont duré 5 et 8 ans.

Cette longue durée de la syphilide pigmentaire est une des causes qui ont empêché à ce que son étude soit poursuivie depuis son éclosion jusqu'à sa disparition.

Chez les personnes qui tiennent à la conservation intacte de la blancheur de leur peau, la lenteur avec laquelle se résorbe la syphilide pigmentaire fait de cette

dyschromie une des manifestations syphilitiques les plus désespérantes qu'il soit, vu son caractère affichant et dénonciateur.

La syphilide pigmentaire est tenace, traînante dans sa disparition et bien gênante de ce fait. Si elle ne gêne nullement l'homme, très peu les ouvrières laborieuses, indifférentes à tout excès de coquetterie, le collier de Vénus devient une véritable infirmité pour beaucoup de jeunes femmes, citadines mondaines, et tout particulièrement pour celles qui sont tenues, par profession, à représenter la beauté au théâtre ou ailleurs.

Pour enlever l'apparence « crasseuse » du cou, pour déguiser ce stigmate gênant et révélateur, on a désespérément épuisé, avec le traitement ioduro-mercuriel, tous les vernis imaginables, les pommades exfoliatrices et jusqu'aux vertus de l'électricité sans qu'on ait pu arriver à un résultat appréciable.

Un seul moyen pouvait encore cacher le collier, c'est le port, autour du cou, d'un col assez haut, d'une cravate bien fournie ou un simple ruban.

Il faut connaître ces habitudes qu'ont nos jeunes malades, pour enlever, lors d'un examen médical complet, tout ce qui encombre le cou, col ou foulard. En effet, par un instinct de coquetterie, les malades se servent de ce foulard pour cacher certaines infirmités parmi lesquelles il faut penser aux écrouelles, au goître exophthalmique et, surtout, à la syphilide pigmentaire.

§ 3. — **Traitement prophylactique.**

Le traitement curatif de la syphilide pigmentaire n'existe pas.

Se comportant comme un reliquat de lésions syphilitiques, cette dyschromie ne peut pas prétendre à une action efficace à son égard de la part d'une intervention mercurielle quelle qu'elle soit. En effet, aussi bien les préparations mercurielles que l'iodure ne font en rien diminuer cette lésion.

On a essayé les préparations mercurielles les plus énergiques et, localement, les applications les plus diverses. Et suivant la parole de Fournier « rien n'y a fait ».

Constituée, la syphilide pigmentaire n'a qu'à attendre, avec la douce lenteur qui la caractérise, sa régression complète. « Le seul guérisseur des pigmentations spécifiques est le temps », disait Tanturri.

Pourtant, de nos recherches, il résulte un point particulièrement intéressant.

Nous avons étudié en détail le rapport indéniable qui lie, l'une à l'autre, la syphilide pigmentaire et le chancre syphilitique. Nous sommes arrivés à la conclusion nette que les syphilitiques, porteurs de syphilide pigmentaire, ont eu, dans leurs antécédents, un chancre syphilitique méconnu ou passé inaperçu et qu'il en est fatalement résulté *un retard dans le traitement mercuriel*.

Ces individus n'ont eu leur traitement *qu'après la poussée de roséole*.

Et inversement, nous avons vu que les individus syphilitiques n'ayant pas eu de syphilide pigmentaire vraie ont eu, au contraire, leur chancre syphilitique, qui a été connu ou diagnostiqué et traité *dès son apparition*. Ce traitement, chez eux, a été le plus souvent, *immédiat*, en tout cas précédant de beaucoup l'apparition de la roséole syphilitique.

Ces constatations, qui nous ont servi à expliquer la grande fréquence de la syphilide pigmentaire chez la femme et sa rareté relative chez l'homme, ont une valeur incontestable, étant susceptibles de donner un jour nouveau à la question qui préoccupe tous les malades et les médecins, *par l'application d'un traitement mercuriel prophylactique.*

Puisque les chancres syphilitiques *non traités* attirent fatalement la syphilide pigmentaire à leur suite par l'intermédiaire de la roséole ; et, inversement, puisque le traitement mercuriel immédiat est capable de prévenir l'apparition de la syphilide pigmentaire par suite de la roséole étouffée, n'est-il pas légitime de prétendre *que seul le traitement mercuriel immédiat, imposé aux syphilitiques, en guise de traitement prophylactique, soit capable de « faire quelque chose » pour une lésion si difficilement guérissable ?*

Nous devons donc nous efforcer de prévenir l'apparition de la roséole syphilitique, par l'application immédiate du traitement mercuriel ; la réduire à sa plus simple expression pour protéger ainsi la région cervicale de toute atteinte de sa part.

Mais, prévenir la roséole, cela impose la connaissance du chance syphilitique et en avoir le diagnostic certain.

Il ressort de ce que nous venons de dire que plus on s'attachera à diagnostiquer et à traiter la syphilis dès le premier stade, moins on aura l'occasion de constater de syphilides pigmentaires.

Les femmes, plus frappées par cette dyschromie, profiteront plus particulièrement d'un traitement mercuriel immédiat.

Les nouvelles méthodes de diagnostic de la syphilis dès l'apparition du chancre syphilitique, méthodes qu'on préconise à l'heure actuelle, permettent d'espérer à voir diminuer les hésitations et les erreurs inévitables mais combien nuisibles pour l'avenir de la syphilide pigmentaire !

Bien conduite, une réaction de Wassermann, positive *dès les premiers jours de l'apparition du chancre syphilitique* (Queyrat et Ménard), est capable de fixer le diagnostic à une époque largement suffisante pour enrayer, par un traitement mercuriel immédiat, la syphilide pigmentaire.

L'ultra-microscope, moyen de diagnostic d'une grande simplicité et d'une précision rare, aidera considérablement en vue de l'établissement définitif du traitement mercuriel immédiat, dès que le tréponème pâle aura été décelé dans l'accident présumé syphilitique.

Malgré toutes ces précautions, nous sommes persuadés que la syphilide pigmentaire, si commune chez la femme, n'aura jamais vu diminuer sa fréquence, vu les difficultés insurmontables de surprendre la syphilis féminine au moment même de son entrée en jeu.

La difficulté de reconnaître le chancre syphilitique chez la femme, retarde chez elle le début du traitement. Aussi la syphilis, soignée tardivement chez elle, est-elle plus souvent suivie de syphilide pigmentaire.

CONCLUSIONS

1° La syphilide pigmentaire est une dyschromie se caractérisant :

Cliniquement, par une hyperpigmentation en réseau, en bandes ou en larges nappes circonscrivant des lunules de peau saine ;

Histologiquement, par un dépôt pigmentaire exagéré dans les couches profondes de l'épiderme, dans les couches papillaire et sous-papillaire du derme dont les vaisseaux capillaires sont le siège d'une endartérite et d'une phlébite pouvant aller jusqu'à la thrombose.

2° A sa période d'état, la syphilide pigmentaire présente les caractères fondamentaux suivants :

a) Hyperpigmentation figurant un réseau en dentelle, en bandes ou en larges nappes ;

b) Lunules claires de peau saine allongées horizontalement et encadrées par les mailles du réseau précité.

La coloration est jaune franc ou jaune sale chez les individus de carnation blanche ; elle est brun-sépia chez les individus de carnation brune.

Le cou est son siège habituel.

La syphilide pigmentaire ne donne lieu à aucune sensation subjective.

3° En s'inspirant du chiffre considérable de malades ayant ébauché leur syphilide pigmentaire de deux mois et demi à trois ou quatre mois après la date initiale de l'infection syphilitique, il est logique de soutenir la précocité du début de la syphilide pigmentaire pour le plus grand nombre d'entre elles. En général, la dyschromie coïncide avec le déclin de la roséole ;

4° L'analogie est frappante entre la roséole et la syphilide pigmentaire : il semble que celle-ci succède nécessairement à la roséole dont elle serait un reliquat ;

5° L'existence de la roséole cervicale ne peut plus être niée. Elle a ceci de particulier qu'elle est infiniment discrète, que ses éléments sont plus serrés et plus fugaces que ceux des autres parties du corps.

Les taches de la roséole cervicale se fusionnent en un *réseau érythémateux* ;

6° Celui-ci siège au niveau de la nuque et des faces latérales du cou. La fugacité de cette manifestation en rend l'observation extrêmement difficile :

7° La transformation érythémato-pigmentaire s'effectue au niveau d'un canevas, toujours le même, qui est le *réseau érythémateux*.

Avant que la syphilide pigmentaire arrive à la période adulte, elle passe par les stades suivants :

- a) Période du réseau érythémateux ;
- b) Période érythémato-pigmentaire ;
- c) Période d'hyperpigmentation.

Cette transformation s'effectue en quatre ou six semaines ;

8° Le réseau érythémateux peut exister ailleurs qu'au niveau du cou. Les aisselles, la ceinture et plus rarement les jarrets et les aines peuvent être intéressés ;

9° Dans la production de la syphilide pigmentaire, on est en droit d'attribuer une large part aux lésions profondes des vaisseaux du derme, à la *thrombose vasculaire*. Celle-ci n'est l'apanage que des régions soumises antérieurement à des causes de pigmentation exagérées normalement et n'existe par conséquent pas ailleurs. De ce fait, toutes les régions où la fonction pigmentaire a été soumise à une activité permanente d'ordre local, la résorption des hématies va se trouver en défaut, d'où nécessité pour eux de subir la transformation pigmentaire. Celle-ci s'effectue suivant la disposition réticulaire que lui imposent les vaisseaux appartenant au territoire du réseau érythémateux.

La présence intra-cellulaire du pigment constitue une difficulté nouvelle à sa résorption, d'où la disparition de la syphilide pigmentaire n'a lieu qu'à longue échéance ;

10° La peau intercalée dans les mailles du réseau pigmentaire est saine, et en tout point identique aux régions environnantes, non touchées par la dyschromie ;

11° Le fait d'avoir surpris un certain nombre de syphilides pigmentaires à leur phase première, d'avoir vu évoluer cette dyschromie depuis le stade érythémateux jusqu'à la période adulte, nous autorise à supposer

l'existence d'un réseau érythémateux, *fugace et difficilement observable*, pour chaque cas de syphilide pigmentaire, vue à sa période d'état ;

12° Trois conditions sont essentielles dans la production de toute syphilide pigmentaire :

L'individu doit être syphilitique.

Son cou doit être le siège d'une roséole cervicale.

Il doit appartenir de préférence à la carnation brune ;

13° Les individus appartenant à cette carnation ébaucheront une syphilide pigmentaire virant au brun-sépia. Ceux appartenant à la carnation blonde feront une dyschromie plus discrète et ne dépassant jamais la teinte jaune claire ;

14° La syphilide pigmentaire sera observée plus fréquemment dans les pays ensoleillés, comme l'Espagne et l'Italie. Elle est, par contre, plus rare en Allemagne, où l'on compte beaucoup plus de blonds que de bruns. On la remarque surtout dans certaines professions plus que dans d'autres : les cuisiniers, les forgerons, les travailleurs aux champs ont en effet, de par leur exposition à la chaleur des fours ou aux rayons du soleil, leur peau hyperpigmentée normalement ;

15° Il n'existe qu'une seule forme de syphilide pigmentaire : c'est la *syphilide pigmentaire vraie typique*. Toutes les autres formes, parmi lesquelles la leucomélanodermie post-éruptive, appartiennent à la classe des fausses syphilides pigmentaires ;

16° La syphilide pigmentaire existe chez les spécifiques qui ont eu la roséole, celle-ci étant constatée ou ayant passé inaperçue.

La syphilide pigmentaire fait défaut chez les syphilitiques qui n'ont pas eu la roséole antérieurement ou qui ont présenté une roséole minime ou extrêmement réduite ;

17° L'installation de la syphilide pigmentaire chez l'homme autant que chez la femme, *dépend uniquement de l'époque à laquelle a été institué le traitement mercuriel : la syphilide pigmentaire est fatale lorsque le traitement mercuriel a été tardif ou post-roséolique, absente, lorsqu'il a été immédiat, précoce ou préroséolique ;*

18° Si la syphilide pigmentaire est plus fréquente chez la femme, c'est qu'il existe dans le sexe féminin des circonstances spéciales qui font que la syphilis primaire reste trop souvent méconnue. Il en résulte fatalement, dans nombre de cas, un retard dans le début de la médication, qui n'est instituée que lors de l'apparition de la roséole.

Si la syphilide pigmentaire est moins fréquente chez l'homme, c'est que le diagnostic est le plus souvent établi dès le stade primaire, le chancre étant situé en un point facilement accessible à la vue tandis que chez la femme il est perdu dans les profondeurs du vagin.

Le diagnostic chez l'homme est donc précoce.

Il est tardif chez la femme. Ainsi s'explique l'inégale fréquence de la syphilide pigmentaire dans les deux sexes ;

19° Le tréponème pâle de Schaudinn et Hoffmann, par l'intermédiaire de la roséole, est la cause déterminante de la syphilide pigmentaire.

L'hyperpigmentation normalement localisée à la région cervicale, aux aisselles, à la ceinture et aux deux régions inguinales constitue une cause adjuvante, un point d'appel indiscutable pour sa fixation.

Au cas où le sujet a les téguments en état d'hyperpigmentation diffuse, la roséole sera l'origine d'une syphilide pigmentaire généralisée. La grossesse chez la femme et toutes les causes pouvant déterminer, chez la femme non gravide et chez l'homme, une hyperpigmentation diffuse, sont les facteurs essentiels qui contribuent à rendre *généralisée* une syphilide pigmentaire typique :

20° La syphilide pigmentaire n'existe pas chez l'hérédosyphilitique, chez lequel on n'observe jamais la roséole. Mais on observe chez lui la fausse syphilide pigmentaire :

21° La syphilide pigmentaire n'existe pas non plus dans la syphilis maligne précoce qui, on le sait, ne s'accompagne pas de roséole ;

22° Lorsque les éruptions maculeuses ou papuleuses du cou gagnent le cuir chevelu, il y a coexistence d'une syphilide pigmentaire avec une alopécie en clairière ;

23° L'importance de la syphilide pigmentaire est considérable. *Elle est pathognomonique.*

Sa présence suffit à rendre certain un diagnostic de syphilis qui était douteux. Elle permet de dépister des

cas où la syphilis était complètement ignorée. Elle peut rendre des services en médecine légale.

Vu sa longue persistance, nul signe ne peut prendre plus d'importance en clinique ;

24° Les mélanodermies cachectiques associées aux cicatrices d'acné ou de phtiriasé, les éphélides confluentes, les vestiges des éruptions de la gale, du psoriasis et du pemphigus peuvent, tout comme la leucomélanodermie post-éruptive, laisser au cou ou ailleurs un aspect rappelant la syphilide pigmentaire : c'est ce qu'on appelle les fausses syphilides pigmentaires ;

25° La syphilide pigmentaire a une durée variant de six mois à huit ans. On conçoit combien elle afflige les malades à cause de son caractère affichant et dénonciateur ;

26° Le traitement curatif de la syphilide pigmentaire n'existe pas.

Seul le traitement mercuriel immédiat, institué dès l'apparition du chancre infectant, est capable de faire avorter la roséole et, partant, la syphilide pigmentaire.

C'est ainsi que plus on s'attachera à diagnostiquer et à traiter la syphilis dès le premier stade, moins on aura l'occasion de constater de syphilides pigmentaires.

La difficulté de reconnaître le chancre syphilitique chez la femme, retarde chez elle le début du traitement. Aussi la syphilis soignée tardivement chez elle, est-elle plus souvent suivie de syphilide pigmentaire.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 Audry. Examen histologique des taches dans la syphilis pigmentaire généralisée. *Ann. de dermat.*, 1890, 3 s., I, 134-137.
2. Balzer. *Annales de dermatologie*, décembre 1899.
3. — *Ibid.*, janvier 1900.
4. — Maladies vénériennes. *Traité de médecine* BROUARDEL-GILBERT, VII, p. 189.
5. Balzer et Barcat. *Soc. méd. des Hôpitaux*, 7 juin 1901.
6. Balzer et Deshayé. Syphilides atrophiantes. *Ann. de dermat.*, 1906.
7. Balzer et Faure-Beaulieu. Macules atrophiques post-papuleuses. *Annales de dermatologie*, 1903, p. 236.
8. Barcat. *Contribution à l'étude de la syphilide pigm.*, Thèse de Paris, 1900-1901. N° 417.
9. Barthélemy et Balzer. Syphilides. *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique*, p. 503.
10. Baudouin. Syphilide pigmentaire. *Iconographie du musée Saint-Louis*, fasc. 42.
11. Berdal. *Traité pratique de la syphilis*. Maloine.
12. Bokhart. Ueber Pigment bei Syphilis. *Monatschrift für Dermatologie und Syphilis*, 1887.
13. Brocq. *Traité de dermatologie pratique*. Doin, 1907.
14. Beurmann (de). De la syphilis pigment. *Indépendance médicale* 1896, II, p. 377.
15. Brissaud et Souques. *Semaine médicale*, 1901, p. 249.
16. Caillat. *Syphilis pigmentaire dans la syphilis acquise de l'enfant*. Thèse de Paris, n° 303 (1903-1904).
17. Callomon. Leukoderma syphiliticum. *Verhandlung der Breslauer dermatologisch. Vereins*, 1901.
18. — *Arch. für Dermatologie*, 1902, t. 60, p. 141.
19. Chambard. Syphilidémie dyschromateuse à localisations multiples chez un dément sénile. *Annales de dermat.*, 1888, 2, S. IX, 646.

20. Chauveau. Troubles de la pigmentation au cours des accidents secondaires. *Annales de dermat.*, 1889, X, 17.
21. Cornil. *Leçons sur la syphilis*.
22. Danlos. *Société médicale des hôpitaux*, 28 décembre 1900.
23. — Syphilide pigmentaire chez l'homme. *Annales de dermat.*, 1898, 3, S. IX, 1142.
24. — Syphilis héréditaire tardive et syphilide pigmentaire. *Bull. de la Société française de dermat.*, 1903, XVI, 24; *Annales de dermat.*, 1903, 4, S. VI, 85.
25. — Syphilide pigmentaire généralisée. *Bull. de la Soc. française de dermat.*, 1904, XVI, 141.
26. — *Annales de dermatologie*, T. 79, p. 436.
27. Darier. Mélanodémies. *Pratiques dermatologiques*, T. III. p. 472
28. — *Histologie de la peau*, T. I.
29. — *Précis de dermatologie*. Masson et C^o, 1909.
30. — Syphilide pigmentaire. *Annales de dermat.*, mai 1898.
31. — Poils et follicules pileux. *Pratique dermatologique*.
32. Delmas. Thèse de Paris, 1903-1904, n° 414.
33. Doyon. Sur un cas de syphilide pigmentaire généralisée. *Annales de dermat.*, 1888, IX, 335.
34. Diday. *Gazette hebdomadaire de médecine*, 1885, p. 856 et 906.
35. Dubreuilh. Leucomélanodermie syphilitique. *Journal de médecine de Bordeaux*, 1901, 1^{er} déc.
36. Ehrmann. Du rôle des mélanoblastes dans la syphilis. *Annales de dermat.*, 1899, p. 592.
37. — *Annales de dermat.*, 1896.
38. Enriquez et Bauer. Syphilide pigmentaire exceptionnelle comme siège. *Soc. médicale des hôpitaux*, 1901, p. 1363.
39. Etienne. Ephélides syphilitiques. *Soc. de dermat.*, nov., 1897.
40. Eutiboule. Syphilis pigment dans l'hérédo-syphilis tardive. *Congrès international de dermat.*, 1889.
41. Fisson (de). *Observations de syphilide pigmentaire primitive*. Thèse de Lille, 1887.
42. Fiviesky. *Annales de dermat.*, 1891.
43. Fournier (A.). *Traité de la syphilis*. Paris, J. Rueff.
44. — *Les affections parasymphilitiques*. Paris, Rueff, 1894.
45. — *Le traitement de la syphilis*. Vigot frères.
46. — Syphilide pigment. *Le Praticien*, 1884, VII. 605-608.
47. — La syphilide pigmentaire. *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 1890, IV, 681, Paris.

48. Fournier (A.). Leucomélanodermie syphilitique. *Bull. de la Soc. française de dermat.*, 1893, IV, 740.
49. — Leçon clinique à l'hôpital Saint-Louis. *Journal des praticiens*, 1891, V.
50. Fournier et Dominici. Dyschromie cervicale anormale chez une syphilitique. *Bull. de la Soc. franç. de dermat.*, 1897, VIII, 313.
51. Fournier et Haury. Syphilide achromique du cou. *Annales de dermat.*, 1898, IX, 458.
52. Fratalli. Histologie de la syphilide pigmentaire. *Giornale italiano della malattia vénérée dele pella*, 1896. *Ann. de dermat.*, 1896 (Thibierge).
53. Gaucher. Pathogénie des pigmentations du cou dans la syphilis. *Gazette des Hôpitaux*. Paris, 1906. LXXIX, 759-763.
54. Gaucher et Chiray. Leucomélanodermie cervicale chez un hérédosyphilitique. *Ann. de dermat.*, 1903.
55. Gaucher et Millian. Syphilide pigmentaire consécutive à une roséole circonscrite localisée du cou. *Soc. franç. de dermat.*, 1903, XIV, 819.
56. — *Ann. de dermat.*, 1903, IV, 223.
57. Gémy. Leucomélanodermie syphilitique. *Soc. franç. de dermat.*, 1874, V, 375.
58. — Syphilide pigmentaire de forme rare. Première manifestation d'une hérédosyphilis rare. *Ann. de dermat.*, 1898, IX, 462.
59. Guibout. *Ann. de dermat.*, 1869, p. 451.
60. Hardy. *Gazette des Hôpitaux*, 1854, p. 583.
61. Hazard. *Etude sur la syphilis pigmentaire*. Thèse de Bordeaux, 1892, n° 11.
62. Haslund. *Société de dermatologie*, 1873; *Monatshefte*, 1886.
63. — Leucodermie syphilit. *Nordiskt medicinski Archiv.*, 1885, XVII.
64. Hallopeau. *Soc. de dermat.*, mai 1900.
65. — Contribution à la syphilide pigmentaire. *Festschrift CAPOSI*, 1900, p. 143.
66. Hallopeau et Leredde. *Traité de dermatologie*, 1900.
67. Hebra. *Ann. de dermat.*, 1891, p. 721.
68. Hjelmman. Leucodermie syphilitique. *Dermatologische Zeitschrift*, 1897, V.
69. Hudelo. *Soc. de dermat.*, février 1892.
70. — *Leçon clinique de l'hôpital Ricord*, du 10 janvier 1910.
71. Hulleu. Sur l'installation de la syphilide pigmentaire *Ann. de dermat.*, octobre 1903.

72. Jeannin. Pigmentation cutanée dans la phtysie pulmonaire. *Ann. de dermat.*, 1870.
73. Jeanselme. *Leçons cliniques de l'hôpital Beaujon*, 1908-1910.
74. Jesionek. Ueber Leucoderma bei Lues. *Münchener medizinische Wochenschrift*, 1906. 24.
75. Jullien. *Ann. de dermat.*, 1896, p. 608.
76. Kaposi. *Traité des maladies de la peau*, 1891 (Besnier).
77. Kiener. Remarques sur la pigmentation d'origine hématiche. *Gazette hebdomadaire des sciences médicales*, Montpellier, 1886. VIII, 64, 73, 181.
78. Klein. *Leucodermie syphilitique post-papuleuse*, Thèse de Paris. 1903.
79. Laurent. *La syphilide pigmentaire chez les tuberculeux*. Thèse de Paris, 1897.
80. Le Damany. Syphilide pigm., *Gazette hebdomadaire de médecine*, 1894, XLI, 395.
81. Legrain. *Ann. de dermat.* 1900, p. 780.
82. Lesser. *Ann. de dermat.*, 1898, p. 126.
83. Lewin. *Annales de la Charité de Berlin*, XVIII^e année.
84. Löw. Ein seltener Fall von Leucodermie Syphiliticum. *Archiv für Dermatologie*, nov. 1906, 241.
85. Maireau. *Syphilides pigmentaires et prostituées*. Thèse de Paris, 1883-1884, p. 40.
86. Maieff (de). Contribution à l'étude de la syphilis pigmentaire. *Congrès international de dermat.*, 1889, Paris, 677.
87. — *Ann. de dermat.*, 1890, I, 134-137.
88. Malherbe. Deux cas de syphilis pigmentaire chez l'homme. *Gaz. méd. de Nantes*, 1895-1896, XIV, 13-15.
89. Miesowsky. Origine du pigment de l'épiderme chez l'homme. *Monatshefte für praktische Dermatologie*, XL, II.
90. Michel. *Contributions à l'étude des mélanodermies biliaires*. Thèse de Paris, 1902.
91. Monneret. *Compendium de médecine pratique*, 8, p. 50.
92. Neisser. Sur la leucodermie syphilitique. *Ann. de dermat.*, 1889, p. 185.
93. — *Monatshefte*, 1884.
94. — *Ann. de dermat.*, 1885, p. 182.
95. Petresco (G.). *Syphilide pigmentaire réticulaire du cou*. Thèse d Paris, 1900-1901, 218.
96. Pillou. Thèse de Paris, 1837.

97. *Gazette hebdomadaire*, septembre 1885.
98. Poelchen. *Virchow's Archiv für pathologische Anat und Phys.*, 1887.
99. Queyrat. Syphilide pigmentaire chez l'homme. *Soc. méd. des hôpitaux*, 1903, XX, 835.
100. — Syphilides aigricantes, *ibid.*, 837.
101. Ravaut. Liquide céphalo-rachidien chez les syphilitiques. *Ann. de dermat.*, 1903.
102. Renault. Considérations relatives à la syphilis pigmentaire, *Semaine médicale*, 1891, XI, 299.
103. — Notes relatives à l'histoire de la syphilis pigmentaire. *Soc. française de dermat.*, 1891, II, 369-374.
104. — Syphilide pigmentaire généralisée. *Soc. méd. des hôpitaux*, 1895, XII, 448.
105. — Sur un cas rare de syphilis pigmentaire chez l'homme. *Soc. méd. des hôpitaux*, 1900, XVII, 7-9; *Soc. française de dermat.*, 1907, p. 301.
106. — *Journal des praticiens*, 1891, V.
107. — Syphilide pigmentaire chez l'homme. *Soc. française de dermatologie*, 1898.
108. Retterer. Pigment. *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, 1885.
109. Roblin. *Syphilide pigmentaire du cou*. Th. de Paris, 1906-1907.
110. Romalo. *Contribution à l'étude de la syphilis pigmentaire chez l'homme*. Thèse de Paris, 1885.
111. Rouchi. Contributio allo studio del syphiloderma pigmentaris primitivo. *Riforma medica*. Palermo, Napoli, 1906, XVII.
112. Sachs. Universellem Leucoderma nach einem makuloze syphilis. *Wiener deutscher Gesellschaft*, 28 oct. 1900. — *Archiv für Dermatologie*, 68, p. 436.
113. Schwimmer. *Revue des sciences médicales*, n° 17, 18, 20.
114. — *Annales de dermatologie*, 1889, p. 17.
115. — *Revue des sciences médicales*, 1870, p. 792.
116. — *Wiener medizinischer Blätter*, 1880.
117. Saintin. *Contribution à l'étude de la syphilis pigmentaire*. Thèse de Nancy, 1884-1885.
118. Semen. *De la syphilis pigmentaire et de sa valeur diagnostique*. Thèse de Paris, 1894-1895, 339.
119. Taylor. The pigmentary syphilide. *The New York med. Journ.*, 1893.

120. Thibierge. Sur les relations du vitiligo et de la syphilis. *Ann. de dermatologie*, 1905, VI, 128-140.
121. — Les pigmentations d'origine syphilitique. *Médecine moderne*, Paris, 1906, XVII, 73.
122. — Les conditions de développement de la syphilis pigmentaire. *Berliner klinische Wochenschrift*, 1904, XLI, 983-991.
123. — Syphilide pigmentaire rappelant le vitiligo. *Soc. méd. des hôpitaux*, 1902, XIX, 1156.
124. — Pseudo syphilide pigmentaire chez un tuberculeux cachectique. *Soc. de dermatologie*, février 1877.
125. Tantarri. *Gazette des Hôpitaux*, 1866, d. 26.
126. Tortora. Syphilide pigmentaire généralisée chez une femme. *Syph. Morgagni*, 1886.
127. Weil. Thèse de Paris, 1903-1904.
-

Vu :

Le Président de thèse,
DEBOVE.

Vu :

Le Doyen,
LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
CHAPITRE I. — Historique	7
CHAPITRE II. — Définition	15
CHAPITRE III. — Description	19
§ 1. — <i>Formes</i>	22
§ 2. — <i>Coloration</i>	23
§ 3. — <i>Siège</i>	25
§ 4. — <i>Troubles fonctionnels et objectifs</i>	27
CHAPITRE IV. — Début de la syphilide pigmentaire	29
CHAPITRE V. — Pathogénie	33
§ 1. — <i>Comment s'installe la syphilide pigmentaire</i>	33
A. — <i>Roséole cervicale : le réseau érythémateux</i>	37
B. — <i>Mécanisme de l'hyperpigmentation</i>	41
C. — <i>Facteurs qui interviennent dans la transformation du réseau érythémateux</i>	53
D. — <i>Les ilots encadrés par le réseau érythémateux et par le réseau pigmentaire consécutif sont-ils constitués par de la peau saine ?</i>	62
§ 2. — <i>Condition de formation de la syphilide pigmentaire</i>	65
§ 3. — <i>Discussion pathogénique</i>	75
1° <i>La syphilide pigmentaire est-elle primitive ?</i>	75
2° <i>Théorie nerveuse</i>	79
3° <i>Théorie surrénale</i>	81
4° <i>Théorie invoquant une dyscrasie sanguine : l'anémie, la cachexie</i>	81
5° <i>Théorie qui rattache la syphilide pigmentaire au vitiligo</i>	82
CHAPITRE VI. — Classification	83
CHAPITRE VII. —	88
§ 1. — <i>Rapport avec le chancre syphilitique, la roséole syphilitique et la syphilide pigmentaire vraie. — Rapport entre le traitement mercuriel suivi par le malade et l'installation de la syphilide pigmentaire vraie</i> ,	88

1 ^o Cent observations de femmes syphilitiques à la période secondaire.....	95
A. Femmes ayant la syphilide pigmentaire.....	95
B. Femmes syphilitiques n'ayant pas de syphilide pigmentaire.....	111
C. Femmes syphilitiques remplissant les conditions de formation ultérieure de la syphilide pigmentaire.....	115
2 ^o Cent observations d'hommes syphilitiques à la période secondaire.....	117
A. Hommes ayant la syphilide pigmentaire.....	117
B. Hommes n'ayant pas la syphilide pigmentaire.....	125
C. Hommes syphilitiques remplissant les conditions de formation de la syphilide pigmentaire mais ayant échappé à notre observation.....	133
§ 2. — <i>La fréquence de la syphilide pigmentaire chez l'homme et chez la femme</i>	141
CHAPITRE VIII. — Etiologie	148
§ 1. — <i>Cause déterminante. — Causes favorisantes</i>	148
§ 2. — <i>Causes favorisantes</i>	149
§ 3. — <i>Influence de la grossesse. — Syphilide pigmentaire vraie généralisée</i>	153
§ 4. — <i>Existe-t-elle chez l'hérédo-syphilitique ?</i>	164
§ 5. — <i>La syphilis pigmentaire existe-t-elle dans la syphilis matigée précoce</i>	171
§ 6. — <i>Syphilide pigmentaire et alopecie en clairière</i>	175
CHAPITRE IX. — Diagnostic	181
§ 1. — <i>Diagnostic positif</i>	181
§ 2. — <i>Diagnostic différentiel</i>	187
CHAPITRE X. — Évolution. — Durée. — Traitement prophylactique	209
§ 1. — <i>Evolution</i>	209
§ 2. — <i>Durée</i>	212
§ 3. — <i>Traitement prophylactique</i>	213
CONCLUSIONS	217
BIBLIOGRAPHIE	225

